Nr 26 | 26 czerwca 1938 | Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

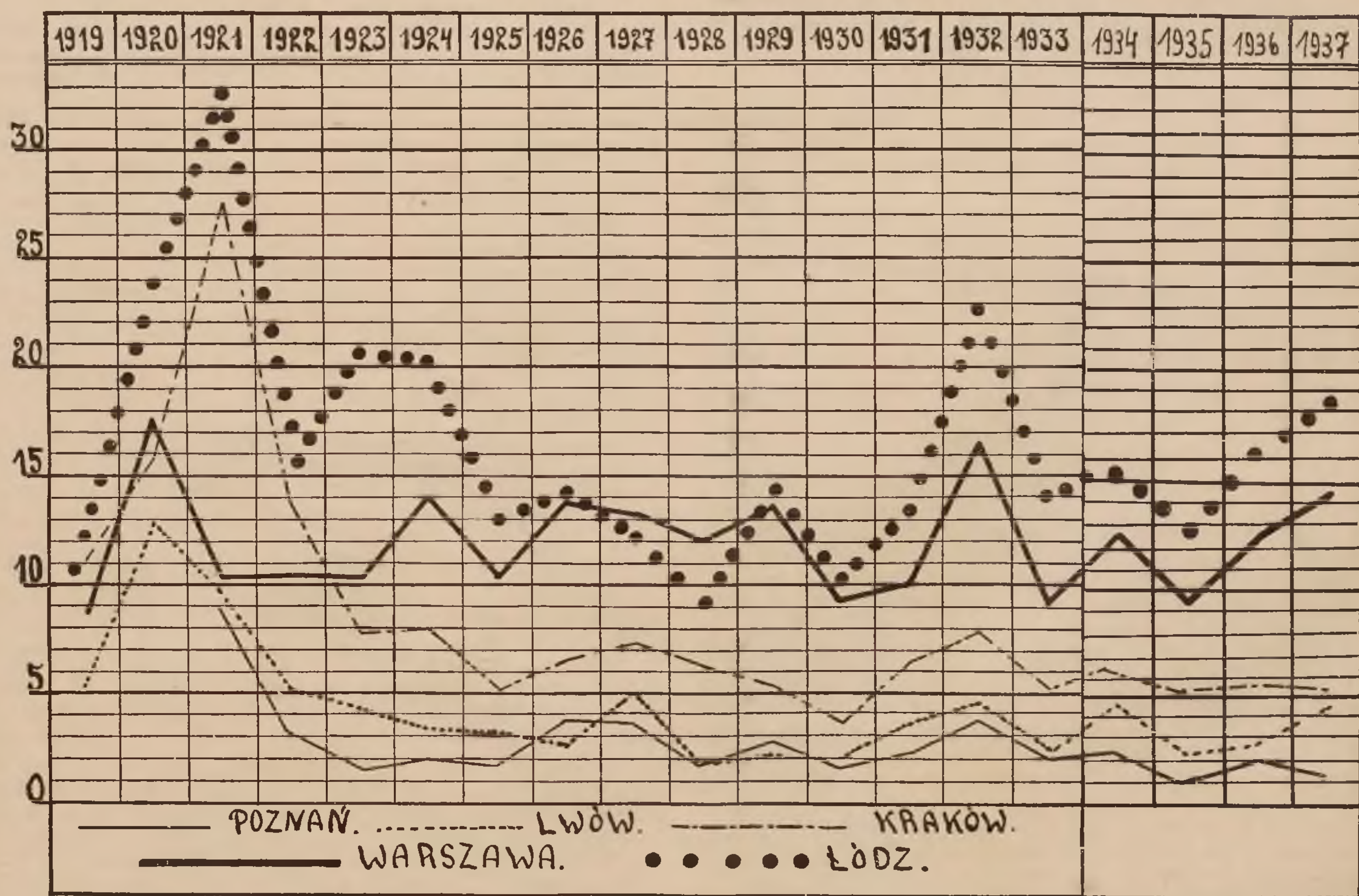
J. KOSTRZEWSKI Kraków

Dur brzuszny w miastach Polski

Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Zamieszczona dzisiaj tablica uwzględnia cztery lata więcej od tej, którą przed kilku laty podałem wspólnie z Bilekiem (1). Przypominam, że liczby na rzędnej oznaczają ilu chorych przypada na 10.000 mieszkańców. Innych objaśnień, podanych dawniej, nie powtarzam.

Pożądane by było dociec przyczyny tego stanu rzeczy. Może dobrze by było, przed wejrzeniem w szereg panujących w danym mieście stosunków, istniejących warunków, zdarzających się okoliczności, porównać urządzenia sanitarne w dwóch miastach zbliżonych do siebie co do miana zapadalności, jakimi są Lwów i Poznań? Dalej, wskazane było by przekonać się, jak wygląda sprawa przeludnienia mieszkań we Lwowie i Warszawie? Na Lwów wskazuję dlatego, ponieważ jego miano zapadalności jest znacznie niższe od miana Warszawy. Warszawę wysuwam zaś dlatego, ponieważ właśnie o Warszawie, Ławrynowicz (2) mówi, że istnieje zależność liczby dotkniętych durem brzusznym od przeludnienia mieszkaniowego. Rozwiązanie postawionych pytań nie jest trudne do przeprowadzenia, a jest bardzo pożądane. Chodzi przecież nie o zaspokojenie próżnej cie-



Na podstawie zachowania się wykresów uwidocznionych w tablicy, mamy prawo mówić o mianie zapadalności na dur brzuszny w poszczególnych miastach. Właściwe danemu miastu miano, aczkolwiek raz opada raz się wznosi, to mimo to, ze względu na rozpiętość tych wahań, ogólnie rzecz biorąc, jest wielkością stałą. Zachodzi wielka różnica w wysokości miana zapadalności między niektórymi miastami, a to mimo istnienia w całej Rzeczypospolitej tych samych przepisów dla zwalczania duru brzusznego. Wygląda tak, że te obecnie stosowane zabiegi stłumienia duru brzusznego nie mają żadnego wpływu na jego występowanie, skoro, jak z wykresu wynika, dur brzuszny w każdym z miast toczy się własnym torem.

kawości, ale o zebranie spostrzeżeń i oparcie wniosków na takich, które by odpowiednio zastosowane w życiu codziennym umożliwiły obniżenie ilości zachorowań w Łodzi, Warszawie i Krakowie do tego poziomu, jaki jest właściwy dla Lwowa i Poznania.

Piśmiennictwo:

1) Kostrzewski i Bilek: P. G. L. Nr 22, 1934. — 2) Ławrynowicz: Zdrowie Publiczne. Nr 8, 1931. — 3) Źródła podane w doniesieniu wymienionym pod 1).

Doc. U. J. K. dr Witold LIPIŃSKI Lwów

Odczyn Wassermanna w modyfikacji własnej

Z Pracowni Bakteriologicznej Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Ordynator: Doc. dr Witold Lipiński

Od chwili, kiedy Wassermann, Neisser i Bruck, opierając się na pracach Bordeta, podali do wiadomości ogółu świata naukowego odczyn serologiczny w kile, noszący odtąd ich nazwę, upłynęło z górą lat 30. Przyjęty początkowo z bezkrytycznym zachwytem, odrzucany później z całą bezwzględnością jako omylny, odczyn Wassermanna przeszedł ostatecznie zwycięsko ogniową próbę, stając się trwałą zdobyczą serologii i prawdziwym dobrodziejstwem dla chorych z każdej dziedziny medycyny. Z biegiem lat zmieniło się jednak wiele. Runęła najpierw wiara w swoistość wyciągów z pasożyta z wątroby kiłowej, oparta, zdawało by się, na silnych podstawach naukowych. Antygeny z narządów prawidłowych okazały się równie dobrymi. Mimo żmudnych badań rozlicznych autorów, zapatrywania nasze na istotę odczynu Wassermanna nie doprowadziły jednak, jak dotąd, do jednolitego poglądu. Istota odczynu jest nam dalej nieznaną, ponieważ, jak to stwierdza świetny serolog francuski Thiebèrge, „odczyn ten polega na poszukiwaniu we krwi badanej ciał nieokreślonych, i z pewnością zmiennych, z pomocą odczynników biologicznych o składzie bardzo złożonym, lecz również bliżej nieokreślonym". Potrzeba było wreszcie szeregu lat, aby lekarz-praktyk zrozumiał, że odczyn Wassermanna, będąc tworem ludzkiego umysłu, nie jest nieomylnym, a pogląd, który pokutował długo pośród praktyków, że dodatni O. W. oznacza kiłę, a ujemny zdrowie, jako mylny, stracił na wartości. Nie trzeba zapominać, chcąc wskazać na jego omylność, że chorzy kiłowi w 7. tygodniu zakażenia mają w 6% przypadków ujemny odczyn Wassermanna, a pewien odsetek kiłowych nawet na szczycie choroby?

Jego swoistość nie jest również bezwzględną. Jako wynik pewnych humoralnych zmian w ustroju spotykamy dodatni O. W. poza kiłą przy pewnych fizjologicznych procesach, jak ciąża, połóg oraz w szeregu chorób zakaźnych, jak w zimnicy, framboezji, płonicy, trądzie, gruźlicy skóry. Wyraźny wpływ na O. W. wywiera wreszcie agonia, narkoza, spożycie większej ilości alkoholu, a nawet podawanie w celach leczniczych krwi własnej. Nie będę tu wspominał rozmyślnie, jako nie należących do rzeczy, o licznych błędach O. W., spowodowanych niedostateczną techniką, przez nieodpowiednie odczynniki, które usunąć się dadzą dopiero z tą chwilą, kiedy nastąpi ustawowe ujednostajnienie O. W. Problemem tym zajmowali się najtężsi serologowie światowi, a międzynarodowa konferencja w Kopenhadze w r. 1933 doszła w końcu do niezbyt korzystnej oceny klasycznego O. W. Stwierdziła ona bowiem, że w procesach kiłowych otrzymujemy tylko 60% do 65% wyraźnie dodatnich wyników. Konferencja doprowadziła do wniosku, że należy koniecznie skorzystać z odczynów kłaczkujących, jako czulszych i swoistych, wykonując je równocześnie z klasycznym O. W.

Zbyt mała czułość klasycznego odczynu była jednym z powodów podjęcia badań własnych. Zastosowanie surowicy czynnej, nieogrzanej, stanowiącej w mojej modyfikacji jedną z podstaw, nie jest rzeczą nową. Już bowiem w kilka lat po pojawieniu się metody klasycznej widzimy pierwsze usiłowania wprowadzenia surowicy czynnej, celem uzyskania większej ilości swoistych wyników dodatnich. Wspomnę o modyfikacji Małgorzaty Stern, Noguchiego, Müller-Landsteinera, Czernogubowa, Hechta, Muttermilch-Latapiego, bo wszystkie te odmiany, w dążeniu do uczulenia odczynu, posługują się czynną, nieogrzaną surowicą chorego. Otrzymano też istotnie przy użyciu tych metod znacznie większy odsetek dodatnich wyników przy procesach kiłowych, lecz równocześnie liczne, nieswoiste wyniki dodatnie w chorobach, nic nie mających wspólnego z kiłą. Nic więc dziwnego, że metody dotychczasowe, oparte o surowicę czynną, spotkały się z rozlicznymi zastrzeżeniami.

Drugą przyczyną podjęcia moich usiłowań była sprawa dopełniacza świnki morskiej. Jak powszechnie wiadomo, klasyczny O. W. wymaga użycia dziesięcioprocentowego roztworu surowicy świnki morskiej jako dopełniacza. Badania licznych autorów (Kotzewaloff, Hintz, Boas, Bruck i inni) stwierdziły ponad wszelką wątpliwość, że surowica świeża świnek morskich różni się znacznie co do zawartości dopełniacza. Różnice te mają wyraźny wpływ na O. W., a dopełniacz, którym posługujemy się przy O. W., nie może być żadną miarą uważany za wielkość stałą. Istnieje poza tym wyraźny wpływ ciąży na ilość dopełniacza. Jalowicz i Neue spostrzegali niejednokrotnie występowanie samoistnej hemolizy pod wpływem surowicy świnki morskiej, jako wyraz zwyrodnienia świnki. Ten sam objaw widział Gierke u świnek gruźliczych, kachektycznych, rzekomogruźliczych. Znanym jest dobrze wpływ żywienia świnek morskich na wahania w dopełniaczu, którego wielkość różni się znacznie, stosownie do pory roku. Nawet w najbardziej wzorowo prowadzonych instytutach, świnki morskie, jako wrażliwe na zakażenia drogą przewodu pokarmowego, zapadają często na epizoocję, przy czym siła dopełniacza znacznie maleje. Niejednokrotnie padają masami, co, ze względów ekonomicznych, nie jest rzeczą obojętną.

Przy użyciu dopełniacza świnki morskiej w klasycznym Wassermannie, posługujemy się wreszcie niejednokrotnie nadmiarem dopełniacza, na skutek czego pewien odsetek średniododatnich wyników uchyla się spod naszej kontroli. Te ujemne strony, związane z dopełniaczem świnki morskiej, były dla mnie dostatecznym powodem do wyeliminowania krwi świnki morskiej, jako czynnika najmniej stałego, z odczynu Wassermanna.

Zanim przejdę do szczegółowego omówienia wyników *6.000 odczynów Wassermanna,* wykonanych z surowicami najrozmaitszej etiologii, podam pokrótce szczegóły, dotyczące własnej modyfikacji.

Porównawczy rzut oka na tablicę, zestawiającą odmiany O. W., posługujące się surowicą nieogrzaną, wystarcza, aby wskazać na pewne podobieństwa i różnice z opisanymi dotychczas odmianami.

Surowica ludzka: klasyczny O. W. wymaga, jak wiadomo, użycia surowicy chorego, unieczynnionej przez ogrzanie w łaźni wodnej w ciepłocie 55° przez okres 30 minut. Surowicę badaną zaleca Wassermann rozcieńczać w stosunku 1 + 4, tj. na 1 część surowicy ogrzanej przypada 4 części roztworu fizjologicznego soli kuchennej. *Modyfikacja moja posługuje się surowicą czynną, nieogrzaną, świeżą, przy czym O. W. powinien być wykonany najpóźniej do 48 godz. od chwili pobrania krwi chorego.* Krew po pobraniu, po skrzepnięciu i oddzieleniu skrzepu, powinna być przechowywana zdala od światła, w ciepłocie niskiej, w lodowni. Najlepsze wyniki (100% wyników przejrzystych) otrzymywałem z surowicami w 24 godz. po pobraniu. *Wykorzystuję zatem przy własnej modyfikacji dopełniacz znajdujący się w dostatecznej ilości w każdej surowicy ludzkiej normalnej.* Należało się *a priori* spodziewać, że rozcieńczenia surowicy będą inne, niż przy metodzie klasycznej. Po miareczkowaniu wstępnym ustaliłem rozcieńczenie to na 1 + 1, tzn. na 1 część surowicy chorego nieogrzanej przypada 1 część roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

Antygen. Antygeny są alfą i omegą odczynu Wassermanna i słusznie szereg fałszywych wyników łączą serolodzy ze złym antygenem. W tym celu uważam za wskazane, dla uniknięcia omyłek, podanie sposobu przyrządzania antygenu w naszej pracowni.

Serce końskie należy dokładnie oczyścić z naczyń, tłuszczu, osierdzia oraz tkanki łącznej, pozostawiając jedynie część mięśniową, którą następnie przepuszczamy przez maszynkę do siekania.

Otrzymaną miazgę rozpościeramy w cienkiej warstwie na płytce szklanej, suszymy w ciepłocie 50—55°, potem rozcieramy w moździerzu na proszek. Jedną część proszku przesianego przez delikatne sitka zalewa się 9 częściami czystego eteru i wstrząsa na trząsawce w przeciągu 1 godziny, pozostawia przez 24 godzin w ciepłocie pokojowej, po czym przesącza przez podwójny sączek z bibuły. Pozostały na sączku osad, po wysuszeniu go w ciepłocie 37°, zalewa się 96% alkoholem, który się dodaje w takim samym stosunku, jak poprzednio eter (tj. na 1 część osadu 9 części alkoholu). Mieszaninę przechowuje się, często ją wstrząsając, w ciepłocie pokojowej przynajmniej przez dobę, lepiej dłużej, 2—3 doby. Po upływie tego czasu przesącza się przez podwójny sączek. Otrzymany wyciąg należy przechować przez tydzień w lodowni, po czym antygen jest gotów.

Antygen wyprodukowany przechowujemy przez trzy tygodnie w ciepłocie pokojowej, po czym wykonuje się dokładne miareczkowanie antygenu, a dopuszcza się do użycia dopiero wtedy, gdy w porównaniu z antygenem znanym dał wyniki korzystne na wielkiej liczbie kiłowych surowic i niekiłowych. Rozcieńczenia antygenu wykonuje się *ex tempore,* wkraplając ostrożnie kroplami antygen do roztworu fizjologicznego soli kuchennej, stale wstrząsając przy tym probówką. *Dawka antygenu, używana przy odmianie własnej, odpowiada w zupełności dawce, którą używaliśmy poprzednio przy wykonywaniu klasycznego O. W.*

Dopełniacz. Jak wiadomo, w klasycznym O. W. posługujemy się 10% roztworem świeżej surowicy świnki morskiej, używając go jako dopełniacza. *Przy odmianie* własnej wykorzystu-

Odmiany odczynu Wassermanna, posługujące się surowicą czynną nieogrzaną

	M. Stern, 1909	Noguchi, 1909	Müller-Landsteiner, 1909	Hecht, 1909	Czernogubow, 1914	Mutermilch-Latapie, 1922	Lipiński, 1937
surowica chorego	1+4	nierozcieńczona					1+1
dopełniacz	dopełniacz surowicy badanej	surowica świnki morskiej + dopełniacz surowicy chorego	surowica świnki morskiej + dopełniacz własny	dopełniacz surowicy badanej	dopełniacz surowicy badanej	dopełniacz surowicy badanej	zawarty w surowicy badanej świeżej do 48 godz.
antygen, dawka	2/5 i 1/5 dawki użytej przy klas. O. W.	emulsja lipoidowa narządów normalnych	wyciągi alkoholowe dodawane kroplami				pełna, jak przy klas. O. W., dawka, opis w tekście
wiązanie	1 godz. 37°	1 godz. 37°	1 godz. 37°	1 godz. 37°	1 godz. 37°	1 godz. 37°	20' w lod. 20' w ciepł. pokojowej 20' w 37°
amboceptor	3-krotna dawka			surowicy badanej	surowicy badanej	surowicy badanej	8-krotna dawka
krwinki	zawiesina 2,5% baranich	krwinki ludzkie	5% krwinki baranie	2,5% krwinki baranie	krwinki czerwone świnki morskiej	2,5% krwinki baranie	2% zawiesina krwinek baranich

jemy obecność dopełniacza w surowicach świeżych i w tym celu usunęliśmy zupełnie surowicę świnki *morskiej*. Dodajemy zatem w O. W., zamiast surowicy świnki morskiej, w odpowiedniej ilości roztwór fizjologiczny soli kuchennej.

Wiązanie dopełniacza. Wiązanie ma pierwszorzędne znaczenie. Według badań licznych autorów oraz spostrzeżeń własnych czas wiązania nie powinien być krótszy, niż 1 godz. Spostrzeżenia Graetza, Jacobsthala i in. wykazały niezbicie, że surowice posiadają różne optimum ciepłoty wiązania. W tym celu w Pracowni Bakteriologicznej Oddziału Zakaźnego staramy się dać każdej surowicy jak najlepsze warunki wiązania, od ciepłoty lodowni, poprzez ciepłotę pokojową, do ciepłoty cieplarki, wiążąc po 20 minut, łącznie 1 godz.

Amboceptor (surowica hemolityczna). Należało się *a priori* spodziewać, że dawka użytego amboceptora, wobec wyeliminowania dopełniacza świnki morskiej, będzie wyższą, niż przy klasycznym O. W., przy którym, jak wiadomo, posługujemy się 3- do 5-krotną dawką amboceptora. *Przy odmianie własnej używamy ośmiokrotnej dawki dwuchwytnika (amboceptora).*

Krwinki baranie. Podobnie, jak przy klasycznym O. W., posługujemy się krwinkami baranimi trzykrotnie przemytymi, *biorąc do odmiany własnej 2% roztwór.*

Całość, w dawkach 1 cm^3, pozostaje w cieplarce w ciepłocie 37° przez godzinę od chwili shemolizowania kontroli.

Omówienie wyników otrzymanych modyfikacją własną

Zanim przejdziemy do szczegółowego omówienia wyników, zaznaczymy pokrótce, że równocześnie z O. W., wykonywaliśmy odczyn kłaczkujący, a mianowicie *odczyn zmętnienia* Meinickego, posługując się oryginalnym antygenem Meinickego, sprowadzonym z *Hagen* w Westfalii, silnym i słabym, oraz antygenem *własnym, wyprodukowanym w Pracowni Bakteriologicznej Oddziału Zakaźnego.* Wszystkie trzy antygeny dawały wyniki dobre, wykazując zgodność w około 96% z O. W. Oryginalny antygen Meinickego, oznaczony jako *(stark)* silny okazał się nadmiernie czułym, dając w około 5% przypadków dodatnie wyniki nieswoiste.

Odczynów Wassermanna we własnej modyfikacji wykonano 6.000. Chorzy pozostawali na oddziałach przeważnie przez dłuższy okres czasu, umożliwiając ścisłe dane anamnestyczne i kliniczne. Za zgodą ordynatorów mieliśmy możliwość przejrzenia historii chorób.

Podług oddziałów przypada na:

Oddziały Skórno-Weneryczne (męski i żeński)	1452
Oddziały Wewnętrzne — I i II	1158
Oddział Zakaźny	2046
Oddział Nerwowo-Psychiatr. (wewnętrzny 3: 368 + Zakład Kulparkowski 393)	761
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	332
Oddział Chirurgiczny	36
Szpital św. Zofii — wewn., chirurg.	67
Oddział Oto-laryngologiczny	35
Oddział Oczny	57
Oddział Rakowy	56
Razem wykonano odczynów Wassermanna	6.000
z tego:	
z surowicą krwi	5777
z płynem mózgowo-rdzeniowym	193
z płynami przesiękowymi i wysiękowymi	20
ze śliną	10

Użycie surowicy czynnej, nieogrzanej, budziło silne podejrzenie, że liczba dodatnich wyników nieswoistych będzie znaczna. Skierowaliśmy zatem specjalną uwagę na stany fizjologiczne, jak *ciąża, połóg* oraz *ostre choroby zakaźne,* przy których chwiejność globulin nasuwała tę obawę.

W tym celu wykonano z surowicami *ciężarnych* i *położnic* 332 O. W. *Na 332 odczynów nie otrzymaliśmy ani razu nieswoistego dodatniego wyniku. Wyniki te przemawiają za modyfikacją własną,* ponieważ, żeby wspomnieć tylko ostatnie prace, spotykamy się przecież przy klasycznym Wassermannie w ciąży i w połogu w około 6% przypadków z wynikami *dodatnimi nieswoistymi.* W ostatnich latach autor japoński Nakayama spotyka na 303 O. W. z surowicami położnic *18 dodatnich nieswoistych wyników.*

Porównanie naszych wyników Wassermanna z odczynem zmętnienia Meinickego przemawia na korzyść O. W. W naszych przypadkach otrzymaliśmy bowiem trzykrotnie wyraźnie od-

czyn dodatni Meinickego, mimo braku wszelkich danych świadczących o kile, zarówno klinicznych, jak i anamnestycznych.

Jakie wyniki otrzymaliśmy w ostrych chorobach zakaźnych?

O. W. wykonaliśmy w ostrych chorobach zakaźnych 2.046, a to:

Scarlatina	541
Diphtheria	446
Erysipelas	235
Typhus abdominalis	291
Typhus exanthematicus	19
Dysenteria	276
Varia	238

Na 2046 wykonanych odczynów otrzymaliśmy dodatnie wyniki 63 razy, w tym *dwukrotnie nieswoiste*, raz przy *płonicy*, raz przy *durze plamistym*.

Jeżeli chodzi o *płonicę*, to wyniki otrzymywane przez różnych autorów są rozbieżne. Wbrew spostrzeżeniom Mucha i Eichelberga oraz Jacobovicsa, którzy mają nieswoiste dodatnie wyniki w 40% przypadków płonicy, badania Lipińskiego i Balikówny, wykonane w r. 1926, obejmujące materiał 700 odczynów Wassermanna u 150 chorych i ozdrowieńców płoniczych, wykazują niezbicie, że *przy O. W. z surowicą unieczynnioną nie otrzymano ani razu nieswoistego wyniku dodatniego.* Wyniki nasze znajdują potwierdzenie u Weichhertza i Monticellego, którzy przy opracowaniu znacznego materiału płoniczego nie spotykali również nieswoistych wyników dodatnich. Monticelli wypowiada wprost pogląd, że winę nieswoistych dodatnich wyników przy płonicy autorów dawnych należy kłaść na karb nieodpowiednich antygenów. Nieswoisty wynik dodatni przy durze plamistym znajduje analogię w pracy Hirszfelda i Halberówny, którzy również otrzymywali dodatnie nieswoiste wyniki przy durze plamistym.

Widzimy zatem, że, operując znacznym materiałem zakaźnym, obejmującym 2046 O. W., mieliśmy tylko dwukrotnie nieswoisty wynik dodatni w modyfikacji własnej.

Jakie wyniki otrzymaliśmy w sprawach nowotworowych?

O. W. wykonano u 56 chorych z nowotworami rozmaitych narządów. Otrzymaliśmy wyników dodatnich 3, a tylko raz, przy *sarcoma*, nieswoisty wynik dodatni.

Jak wynika z podanych spostrzeżeń, obawy, wyrażone na wstępie, otrzymywania nieswoistych wyników dodatnich przy stanach o znanej chwiejności globulin, jak *ciąża, połóg, ostre choroby zakaźne*, okazały się zupełnie płonne. Co więcej, jeśli chodzi o ciążę i połóg, odmiana własna ma wyraźną wyższość nad klasycznym O. W.

Na materiale obejmującym 2434 przypadków stwierdzono minimalną ilość (3) nieswoistych wyników dodatnich. W ten sposób pierwsza część wymagań, stawianych odczynowi Wassermanna, tzn. jego swoistości, została w modyfikacji mojej dostatecznie udowodniona.

Przystępujemy do omówienia wyników odczynu w schorzeniach kiłowych.

Dla oddziałów skórnych i wenerycznych wykonano 1.452 O. W. Przy kile pierwszorzędnej otrzymaliśmy wyników dodatnich 46%. Przy kile wtórorzędnej 83%, trzeciorzędnej 88%, kile utajonej 33%. Nieswoiste wyniki dodatnie o nasileniu średnim (++) otrzymaliśmy dwukrotnie przy rzeżączce, pozornie bez tła kiłowego. Wobec dodatniego Meinickego nasuwało się jednak podejrzenie uzasadnione, że w tych dwóch przypadkach, mimo negowania kiły, zachodzi jednak duże prawdopodobieństwo kiły utajonej. Dwukrotnie otrzymaliśmy nieswoisty wynik dodatni o średnim natężeniu przy *wrzodzie miękkim*, podobnie zresztą, jak Hoffman, Alexander, Schönfeld i inni przy klasycznym Wassermannie. Na specjalne podkreślenie zasługują O. W. wykonane z surowicami krwi królików zakażanych doświadczalnie kiłą na klinice prof. Lenartowicza. Na 85 różnych surowic otrzymano 15 wybitnie dodatnich swoistych wyników. Jeżeli porównamy wyniki otrzymane przy użyciu metodyki własnej w procesach kiłowych, to musimy zauważyć, że wyniki własne nie odbiegają w ogóle od wyników autorów innych, przy czym czułość O. W. przy odmianie własnej przy kile wtórorzędnej i trzeciorzędnej osiąga najwyższy % wyników dodatnich. *W ten sposób drugi postulat, to znaczy czułość O. W. w metodyce własnej w sprawach kiłowych, jest dostatecznie zapewniony.*

Odczynów Wassermanna dla oddziałów wewnętrznych wykonano 1.158. Dotyczą one *schorzeń serca, płuc, narządów jamy brzusznej.* Wyników dodatnich otrzymaliśmy 57, co stanowi około 6% liczby badanej. Nieswoisty wynik, wybitnie dodatni, otrzymano raz przy gruźlicy płuc rozpadowej, raz przy nefropatii, raz przy zatruciu. Odczyn Meinickego, ujemny przy zatruciu, był wybitnie dodatni w poprzednio wymienionych przypadkach chorobowych.

Czy w przypadku gruźlicy i nefropatii, mimo zaprzeczenia chorego, nie mamy istotnie do czynienia z przebytą kiedyś sprawą kiłową, trudno rozstrzygać. Dodatni wynik odczynu Wassermanna był niejednokrotnie niespodzianką dla lekarza, znajdującą zawsze uzasadnienie, czy to klinicznie czy anamnestycznie

Na szczególne podkreślenie zasługują odczyny Wassersmanna, wykonane z surowicą krwi i z płynem mózgowo-rdzeniowym u chorych neurologicznych i psychiatrycznych. Obejmują one 647 odczynów z surowicami krwi i 114 odczynów z płynem mózgowo-rdzeniowym. Materiału dostarczył nam Oddział Wewnętrzny 3 Szpitala Powszechnego i Zakład dla Umysłowo Chorych w Kulparkowie. Na 647 odczynów z surowicą krwi otrzymano dodatni wynik Wassermanna w 28 przypadkach, co stanowi około 4% badanych. Na 51 schorzeń o podkładzie kiłowym (paraliż postępujący, kiła rdzenia) otrzymano 17 razy wynik dodatni, co stanowi ponad 30% wyników dodatnich. Dwukrotnie otrzymano słabe nieswoiste wyniki w przypadkach otępienia wczesnego. *Płynów mózgowo-rdzeniowych* zbadano 114, przy 15% wyników dodatnich. Raz spostrzegano słabo dodatni wynik przy padaczce.

Dla Oddziału Okulistycznego wykonano O. W. z surowicą krwi 57 razy, przy 13 dodatnich, co stanowi ponad 20% swoistych wyników dodatnich. Nieswoistych dodatnich wyników przy schorzeniach oka nie spotykano.

Dla Szpitala św. Zofii, Oddziału Wewnętrznego i Chirurgicznego wykonano 67 O. W. Otrzymano 8 dodatnich wyników swoistych. Wyników nieswoistych nie spostrzegano.

Dla Oddziału Oto-Laryngologicznego wykonano O. W. 35 razy, otrzymując w 5 przypadkach wynik dodatni, zawsze swoisty. Nieswoistych zahamowań nie zanotowano.

Dla Chirurgicznego Oddziału tutejszego Szpitala wykonano O. W. 36 razy, otrzymując we wszystkich przypadkach wynik ujemny. *Mimo dokładnych badań nie wykazano kiły, ani klinicznie ani anamnestycznie.*

Krytyka modyfikacji własnej. Odczyn *Wassermanna* w modyfikacji własnej opiera się, jak wspomniałem powyżej, na *użyciu surowicy nieogrzanej, czynnej, świeżej, zużytkowanej do 48 godzin od chwili pobrania.* Surowica późniejsza była samozwrotną, a procent samozwrotności wzmagał się w miarę przechowywania surowicy. Zupełnie dobre wyniki otrzymywałem niekiedy przy użyciu surowicy w czwartym, a nawet w piątym dniu po pobraniu krwi u chorego. Mimo to uważam, że wskazane jest użycie surowicy do 48 godzin od chwili pobrania. Wytrawny serolog będzie miał z pewnością zastrzeżenia co do modyfikacji, podnosząc słusznie, że wykonanie O. W. do 48 godzin od chwili pobrania krwi będzie niejednokrotnie niemożliwe ze względów praktycznych. Będzie to w jego oczach wadą metody. Ta pozorna wada jest jednak zaletą metody. Powinniśmy bowiem dążyć do tego, aby wykonywano O. W. z surowicami możliwie wcześnie. Wszak wiemy, jaki wpływ mają na O. W. procesy samotrawienne, zachodzące w samej surowicy, drobnoustroje, które mogą nieraz wtargnąć do surowicy przy pobraniu krwi prawie zawsze niejałowym, oraz oddawanie zasad przez szkło probówek wassermannowskich, bardzo często nie stojących na wysokości zadania. Mimo to może się jednak zdarzyć, że zmuszeni będziemy nieraz wykonać O. W. z surowicą starszą. W tych przypadkach nie moglibyśmy zużytkować wyniku Wassermanna z powodu samozwrotności surowicy. *Tę niedogodność udało mi się usunąć przez dodanie do surowic późniejszych jako komplementu surowic świeżych, z ujemnym odczynem Wassermanna. Surowice te stosowaliśmy z dobrym wynikiem w stosunku 1 plus 5, tzn. na 1 część surowicy ludzkiej normalnej dodajemy 5 części fizjologicznego roztworu soli kuchennej.*

Płyny mózgowo-rdzeniowe, płyny przesiękowe i wysiękowe, ślina są nadzwyczaj ubogie w dopełniacz. Aby uniknąć wyników samozwrotnych, należy zawsze przy wykonywaniu O. W. z płynami stosować surowicę ludzką normalną w stosunku 1 + 5. Wyniki otrzymywane przez nas, przy zastosowaniu surowicy normalnej jako dopełniacza, były zawsze przejrzyste.

Streszczenie

Klasyczny odczyn Wassermanna, domagający się unieczynnienia surowicy przez ogrzanie przez pół godziny w łaźni wodnej przy 55° i operujący nadmiarem dopełniacza świnki morskiej, odznacza się zbyt małą czułością. Jak wynika z prac Międzynarodowej Konferencji Serologicznej w Kopenhadze w r. 1933, tylko 60 do 65% przypadków kiłowych daje wyraźnie dodatni wynik O. W.

Modyfikacja własna polega na wykorzystaniu dopełniacza, znajdującego się w każdej surowicy w ilości stałej i dostatecznej i wyeliminowaniu dopełniacza świnki morskiej, jako czynnika najbardziej zmiennego. Surowica czynna, użyta w stosunku 1 + 1, powinna być użyta z 8-krotną dawką amboceptora przy zachowaniu pełnej dawki antygenu.

Odczyn Wassermanna wykonano z 6.000 surowic i płynów mózgowo-rdzeniowych. Wyniki otrzymano znacznie czulsze w procesach kiłowych, niż przy klasycznym Wassermannie, obok minimalnej ilości nieswoistych zahamowań.

Modyfikacja własna, nieobojętna ze względów ekonomicznych, na skutek odrzucenia dopełniacza świnki morskiej, jest znacznym uproszczeniem odczynu Wassermanna i zapewnia przy odpowiedniej technice wyniki przejrzyste.

Oddział Zakaźny

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Scarlatina	541	527	14 (1)	18	523
Diphtheria	446	434	12	11	435
Erysipelas	235	222	13	14	221
Typhus abdominalis	291	283	8	4	287
Typhus exanthemat.	19	18	1 (1)		19
Dysenteria	276	268	8	12	264
Varia	238	231	7		238
Razem	2046	1938	63	59	1987

Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Ciąża i połóg	332	332	—	3	329

Oddział Rakowy

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Carcinoma ut.	8	8		1	7
Ca. nasi	3	3			3
Ca. mammae	7	7			7
Ca. cerv. uteri	16	16		1	15
Ca. ling.	2	2			2
Ca. labii inf.	6	5	1	1	5
Ca. pedis dex.	1	1			1
Ca. reg. subling.	1	1			1
Ca. reg. temp.	1	1			1
Sarcoma	3	2	1 (1)		3
Epithelioma	4	4			4
Neoplasma max. sup.	4	3	1		4
Razem	56	53	3	3	53

( ) nieswoiste.

Oddziały Skórne i Weneryczne

Rozpoznanie	krew: ogółem	WR —	WR +	M +	M —	płyn mózg.-rdz.: ogółem	WR —	WR +	M —	M +
Lues I	79	42	37 (46%)	41	41					
Lues II	142	24	118 (83%)	115	17					
Lues III	26	3	23 (88%)	20	4					
Lues latens	514	343	171 (33%)	161	353	5	3	2	2	3
Lues spinalis	4	1	3	3	1	1		1	1	
Lues cerebri	6	3	3	3	3	4	4			4
Gonorrhoe	232	225	7 (2)	7	225					
Ulcus molle	84	77	7 (2)	6	78					
Ulcus cruris	38	38			38					
Lupus	40	39	1	1	39					
Phimosis	20	15	5	4	16					
Pemphigus	2	2			2					
Psoriasis	9	9			9					
Sycosis	5	5			5					
Trichophitia	1	1			1					
Urticaria	3	3			3					
Pyodermia	1	1			1					
Dermatitis	11	11			11					
Eczema	27	27			27					
Combustio	3	3			3					
Scabies	3	3			3					
Sclerodermia	4	4			4					
Króliki zakażone kiłą	85	70	15	22	63					
Varia	103	96	7	7	96					
Razem	1442	1045	397	390	1043	10	7	3	3	7

( ) nieswoisty.

Oddziały Wewnętrzne

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Endocarditis	34	34			34
Pericarditis	4	4			4
Myocarditis	33	29	4	4	29
Myodeg. cord.	29	28	1	1	28
Vitium cord.	53	51	2	1	52
Aortitis	26	16	10	10	16
Arterioscler.	1	1			1
Angina pect.	4	4			4
Tbc. pulm.	101	96	5 (1)	2	99
Haemoptoë.	6	6			6
Bronchopneum.	37	37			37
Pleuritis	54	51	3	4	50
Gastroenteropt.	7	7			7
Gastritis	12	12			12
Hyperaciditas ventr.	30	28	2	2	28
Ulcus ventr. ca. ventr.	121	118	3	3	118
Cholecystitis Cholelithiasis	82	79	3	3	79
Ascites	8	8			8
Cirrh. hepat.	5	4	1	1	4
Hepatitis	11	11			11
Ileus	10	10			10
Peritonitis	7	7			7
Tumor abd.	63	62	1	1	62
Hyperthyreosis	11	17			17
Nephropathia	37	31	6 (1)	4	33
Pyelitis	4	4			4
Cystopyelitis	4	4			4
Nephrolith.	33	33			33
Gonitis	6	6			6
Polyarthritis	38	37	1	1	37
Diabetes	36	35	1	1	35
Colitis	6	6			6
Appendicitis	12	12		1	11
Tonsill. chron.	5	5			5
Polycytaemia	1	1			1
Leucaemia	6	6			6
Anaemia Bierm.	15	15			15
Lymphogranuloma	20	19	1		20
Sepsis	5	4	1	1	4
Adnexitis	8	8			8
Intoxicatio	29	28	1 (1)		29
Uraemia	3	3			3
Struma	6	6			6
Neurosis	6	6			6
Ischias	3	3			3
Meningitis	2	2		1	1
Observatio	124	113	11	11	113
Razem	1158	1019	57	52	1112

( ) nieswoiste.

Neurologia i Psychiatria

Rozpoznanie	krew: ogółem	WR —	WR +	M +	M —	płyn mózg.-rdz.: ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Ischias	6	6			6					
Psychosis	85	83	2	4	81	16	13	3	1	15
Schizophrenia	227	225	2 (2)		227	3	3			3
Hysteria	3	3			3					
Meningitis epid.	5	5			5	6	6			6
Arachnitis	7	6	1		7	4	4			4
Tumor cerebri	35	34	1		35	17	17		1	16

( ) nieswoisty.

Rozpoznanie	krew ogółem	krew WR —	krew WR +	krew M +	krew M —	płyn mózg.-rdz. ogółem	płyn mózg.-rdz. WR —	płyn mózg.-rdz. WR +	płyn mózg.-rdz. M +	płyn mózg.-rdz. M —
Sclerosis multip.	15	15			15	2	2			2
Radiculitis	4	3	1		4	1	1			1
Infractio crani	2	2			2	1	1			1
Epilepsia	49	49		1	48	8	7	1 (1)		1
Syringomyelia	5	5		1	4					
Hypertonia	2	2			2					
Torticollis						1	1			1
Encephalitis	11	11			11	3	3			3
Sclerosis	17	17			17					
Neuritis	7	7			7	1	1			1
Tabes dorsalis	3	3			3					
Paralysis progr.	47	33	14	17	30	13	3	10	4	9
Spondyloarthritis	6	6			6	1	1			1
Imbecillitas	1	1			1					
Hebephrenia	5	5			5					
Idiotismus	3	3			3					
Katatonia	13	13			13					
Lues spinalis	4	1	3	3	1	1		1	1	
Observatio	85	81	4	3	82	36	33	3		36
Razem	647	619	28	29	618	114	96	18	8	106

Szpital św. Zofii, Oddział Wewn. i Chirurgiczny

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Tumor lienis septicus	2	2			2
Diabetes insip.	1		1		1
Tbc. gland. chyli	4	4			4
Lues congenita	14	9	5	5	9
Bronchopneumonia	4	4			4
Anaemia haemol.	1	1			1
Endocarditis	3	3			3
Asthma bronchiale	1	1			1
Pyothorax	4	4			4
Icterus catarrhalis	1		1	1	
Tetanus	1	1			1
Pyodermia	2	2			2
Pyonephritis	2	1	1	1	1
Morbus Heine-Medini	2	2			2
Dyspepsia	2	2			2
Lupus erythematodes	1	1			1
Observatio	17	17			17
Varia	5	5			5
Razem	67	59	8	7	60

Oddział Okulistyczny

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Iritis	2	2			2
Iridocyclitis	25	25		2	23
Keratoconjunct. parenchymat.	2		2	2	
Keratitis parenchymatosa	12	3	9	8	4
Keratitis profunda	2	2			2
Cataracta	2	2			2
Tumor retrobulbar.	3	3			3
Atrophia nervi optici	1		1	1	
Amaurosis	1		1		1
Dacryocystitis purul.	1	1			1
Observatio	6	6			6
Razem	57	44	13	13	44

Oddział Oto-Laryngologiczny

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Tonsillitis	11	11			11
Angina luetica	3	2	1		3
Otitis media supp. chr.	4	4			4
Paresis nervi recurr.	2	2			2
Laryngitis spec.	7	4	3	3	4
Ozaena	2	2			2
Tbc. septi nasi	2	2		1	1
Scleroma	1	1			1
Lues cong.	3	2	1		3
Razem	35	30	5	4	31

Oddział Chirurgiczny

Rozpoznanie	ogółem	WR —	WR +	M +	M —
Neoplasma colli	1	1			1
Abscessus	1	1			1
Gonitis dex.	1	1			1
Gangraena pedis	1	1			1
Phlegm. crur. dex.	1	1			1
Osteomyelitis	2	2			2
Ca. ventr.	1	1			1
Ca. sigm.	1	1			1
Endocarditis	1	1			1
Arthritis chron.	1	1			1
Peritonitis	1	1			1
Periostitis max.	1	1			1
Struma	2	2			2
Luxatio cong.	1	1			1
Fractura	1	1			1
Tumor	1	1			1
Tumor abd.	1	1			1
Tumor max.	1	1			1
Observatio	16	16			16
Razem	36	36			36

Dr Stanisław KLUKOW Łódź

W sprawie najnowszych poglądów na odżywianie się

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Betleem w Łodzi
Kierownik Oddziału dr Stanisław Klukow

Dokończenie

W doświadczeniach z psami, jeszcze w roku 1905 stwierdził Magnus Alsleben, że zawartość cienkiej kiszki psa (przy zastrzyknięciu dożylnym królikowi) jest szczególnie silnie trującą, jeżeli pies był karmiony mięsem. Przy diecie mlecznej zaś trujące działanie soku, było znacznie słabsze. Zwiększenie trucizn kiszkowych daje się stwierdzić za pomocą badania moczu na indol, skatol, indykan oraz badania surowicy na zwiększony odczyn ksantoproteinowy (Oefelein).

Mięso posiada jeszcze w sobie trujące ciała i odpadki rozkładu białkowego żywego zwierzęcia, które miały być wydzielone z moczem, ale wskutek zabicia zwierzęcia zostały zatrzymane w tkance mięśniowej. Na tym tle jest oparte porównanie rosołu z moczem. „Rosół posiada wszystkie sole", jak powiada Girszowicz, „które w wypadku, gdyby zwierzę nie zostało zabite, byłyby wydalone z jego ustroju z moczem, jako produkty szkodliwe", i że „każdy rosół zarówno ze swego wyglądu zewnętrznego. jak i smaku i składu chemicznego, niewiele się różni od moczu, który właściwie jest zbiorem wydalonych z ustroju produktów szkodliwych, nagromadzonych we krwi, a których ustrój chce się pozbyć".

Znamienną cechą jest, że zdanie to zostało wypowiedziane w pracy polskiej już w roku 1930.

Mięso, które spożywamy, znacznie różni się od mięsa żywego, które na przykład spożywa lew:

1) przez przebycie procesów autolitycznych — pośmiertnych w mięsie wykrwawionym po zabiciu zwierzęcia,

2) przez dalsze zmiany wskutek dodatkowego gotowania lub smażenia.

Że nadmiar mięsa jest szkodliwy, wiemy z praktycznego doświadczenia dietetycznego przy leczeniu ludzi chorych na wady przyswajania, dietą roślinną posiadającą mało białka. W tych przypadkach otrzymujemy wprost zdumiewające poprawy stanów chorobowych.

Możemy również stwierdzić, że odżywianie jednostronne i wystarczające pokarmem roślinnym nie wyrządza człowiekowi żadnej szkody, natomiast odżywianie mięsem i tłuszczem wytwarza od razu wyraźny stan chorobowy. Z tego wynika, że mięso i tłuszcze nigdy nie mogą być główną częścią pożywienia, tylko najwyżej dodatkiem do pożywienia roślinnego. Mógłbym tutaj przytoczyć setki historyj chorób z własnej praktyki, osób zamożnych, zupełnie wyniszczonych, tylko wadliwym odżywianiem, ludzi niezdolnych do pracy, których przyswajanie wykazuje typowy obraz ujawnionej kwasicy ustrojowej awitaminozy i demineralizacji, którzy przy odpowiednim odżywianiu w krótkim czasie stają się pełnowartościowymi pracownikami i nabierają lepszego samopoczucia. Radość i uznanie tych chorych, należy do najwyższych przyjemności lekarza.

Dalej, uzębienie człowieka wykazuje, że człowiek należy do zwierząt jedzących owoce i orzechy. Lehne, jak i inni badacze, twierdzą, że porównawczo-anatomiczne badania wykazały, że np. zęby rekinów, podobne do lancetów, są oznaką zwierząt czysto mięsożernych. U wilka i psów, tylko przednia część uzębienia wskazuje na czystą mięsożerność. Tylne zaś zęby wskazują na dodatkowe inne pożywienie. Godne uwagi jest porównanie uzębienia białego i brunatnego niedźwiedzia. Duże trzonowe zęby ostatniego z dużą powierzchnią do żucia, przemawiają za przejściem do odżywiania owocami. Natomiast biały niedźwiedź, ponieważ w zimie odżywia się wyłącznie mięsem (w lecie tylko roślinami), w premolarach nie wykazuje szerokich powierzchni do żucia. Trzonowe zęby trawożernych zwierząt wykazują pagórkowatą powierzchnię, te same zęby owocożernych małp (antropoidów) wykazują tylko tępe nierówności. Zasadniczo uzębienie człowieka nie różni się zupełnie od antropoidów, prócz kłów, które u człowieka są w zaniku, a które u małp, służą jako broń. Z tego podobieństwa uzębienia człowieka i antropoidów wynika, że uzębienie człowieka ma charakter owocożerny. Właściwości te sięgają zamierzchłych czasów, gdyż, jak wykazuje paleontologia, człowiek z *Neandertalu*, żyjący przed 70 tys. do 140 tys. lat był wyposażony w zęby zupełnie identyczne do zębów obecnie żyjącego człowieka. Adloff też jest zdania, że uzębienie człowieka z epoki młodszego do starszego dyluwium jest identyczne z uzębieniem obecnie żyjącego człowieka. Z tego wynika, że produkty świata roślinnego, były zawsze głównym składnikiem pożywienia człowieka.

Co się tyczy pożywienia lwa, na którego powołują się niektórzy, to lew zabijając zwierzę, przeważnie trawożerne, wypija najpierw krew, później zjada wnętrzności razem z wątrobą i z zawartością jelit, później kości i dopiero na końcu zaspakaja resztki głodu mięsem. Krew, zawartość jelit, wątroba i kości, zawierają dużo witamin i składników mineralnych zwierzęcia, które się odżywiało wyłącznie roślinami. Lew na swobodzie spala białko zupełnie, wskutek stałego, znacznego fizycznego wysiłku przy przebieganiu ogromnych odległości w pogoni za zdobyczą, w samej walce z przeciwnikiem i wskutek czasem bardzo długotrwałej głodówki, między posiłkami.

Odżywiania się Eskimosów, które rzekomo jest mięsne, też nie można uznać za przykład nieszkodliwości diety mięsnej, bo wiemy, że rzadko który z mężczyzn przeżywa 40 rok życia, że tam panuje gnilec, gruźlica, i że płodność Eskimosów jest bardzo mała. Odżywianie Eskimosa polega na spożywaniu świeżego mięsa, żywych ryb, świeżej krwi, mięsnego tłuszczu, małych zwierzątek i ślimaków, razem z narządami wewnętrznymi. Utrzymuje ich przy życiu to, co lwa, to jest świeża i obfita w witaminy krew, surowe mięso i wnętrzności zwierząt i ryb oraz stałe, ogromne wysiłki fizyczne (jako myśliwych) przy częstych i długotrwałych głodówkach (Hintze).

Częsta, specjalnie długotrwała praca fizyczna, jak powyżej podane myślistwo przymusowe Eskimosów, daje przyswajaniu charakter zasadowy, który się uwidacznia na przykład u sportowców, w zwolnieniu tętna i obniżeniu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi (Schenk). Ten zasadowy kierunek zostaje wywołany jonami fosforanu potasu, które z mięśni przechodzą do tkanek i krwi i których ilość przy stałym treningu zwiększa się jeszcze o 20% (Schenk-Bruman). Nadmiar potasu i fosforanów zasadowych może nawet doprowadzić do ujawnienia utajonej tężyczki, jak to bywa u wysokotrenowanych sportowców (Schenk). Tym się też objaśnia możność życia Eskimosów przy ich jednostronnym odżywianiu: stały trening fizyczny i minimum witamin (krew). Hintze też podaje, że z rozbitków, którzy musieli przymusowo wylądować na jednej z bezludnej wysp północy, ci tylko pozostali przy życiu (przez kilka lat), którzy pili świeżą krew zwierząt i mieli stały trening myśliwski na świeżym powietrzu.

Najnowsze naukowe ujęcie sprawy odżywiania w ogóle i w szczególności białkiem zwierzęcym, jest następujące: podstawową ideą nowoczesnego odżywiania jest pojęcie pokarmu, jako organizacji biologicznie energetycznych, czyli jako potencjałów energetycznych. Gdzie są potencjały, to jest napięcia energii, tam są też stopniowania tej energii, to jest większe i mniejsze napięcia. Tak, jak kalorie wykazują ilość energii, tak potencjały wykazują jakość. Podług drugiego prawa energetycznego, prawa Carnot-Clausiusa o organizacji energii, energia płynie od większego napięcia do mniejszego. Praktycznie polega to na stwierdzeniu niższej jakości biologicznej mięsa w stosunku do roślin. Opiera się to na fakcie, że przyswajanie zwierzęcia i człowieka przeważnie przetwarza potencjalną energię wysokiego napięcia złożonych jednostek odżywczych w kinetyczną — przez utlenianie, a przemiana energii roślin idzie przeważnie w odwrotnym kierunku.

Roślina, przy pomocy chlorofilu, przetwarza kinetyczną energię promieni słonecznych, przez redukcję, w potencjalną energię wysokiego napięcia złożonych ciał, jak białko, węglowodany i tłuszcze, budując je z energetycznie nieczynnych połączeń, przy oddawaniu tlenu. Kierunek tutaj jest od kinetycznej do potencjalnej energii, czyli, że człowiek i zwierzę są w zupełności uzależnione od dostarczanej im przez zieloną roślinę energii ciał organicznych, które roślina sama sobie buduje przy pomocy słońca.

Człowiek i zwierzę utlenia to, co roślina redukuje. Proces życia polega na odtlenieniu i utlenieniu. Energia stanów odtlenianych jest wyższym potencjałem od utlenionych i dlatego też energia ta płynie od stanu odtlenionego do utlenionego. Z tego jasno wynika, że ostatecznie wszystkie twory żyjące, żyją ze słońca, i że spadek energii słonecznej idzie w kierunku — roślina - zwierzę. Z tego dalej wynika, że ta energia zbudowana w roślinie, jest o większym napięciu i jakościowo wyższa i ma pierwszeństwo przed tą samą energią roślinną, która przeszła przez żołądek zwierzęcia, jako pośrednika i którą spożywamy w postaci mięsa. To jest jedzenie roślin spożytych przez zwierzę. Reasumując stwierdzamy, że nadmiar białka jest wyraźnie szkodliwy. Ponieważ zaś przeważnie mięso daje w jedzeniu nadmiar białka, a roślina białka w większej ilości nie posiada, i że białko roślinne jest przy tym pełnowartościowe, to jest równa się zupełnie białku zwierzęcemu, to logiczną konsekwencją, jest odżywianie się pokarmem roślinnym, a nie zwierzęcym, albo zmniejszenie zwierzęcego białka do minimum. Jak twierdzi Karol Schiötz (Oslo), wystarcza u dzieci wypicie 300 g mleka dziennie, żeby im dać dostateczną ilość dziennego białka.

Narody nie jedzące mięsa, nie znają zupełnie zapaleń wyrostka robaczkowego, jak Arabowie, Chińczycy.

W Rumunii ludność wiejska, która prawie mięsa nie spożywa, wykazuje na *22.000* chorych jeden przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, natomiast w miastach przypada jeden przypadek na *221* chorych.

Instynkt człowieka, na który tyle się powołują, nie odgrywa żadnej roli, ponieważ jest wyraźnie spaczony przez cywilizację i domestykację. Jest dowiedzione, że szczury, karmione mięsem zdychają albo ulegają zwyrodnieniu, a mając do wyboru mięso i kaszę, mleko lub chleb, wybierają zawsze mięso.

Odżywianie człowieka, ujęte historycznie, wykazuje, że ludność wiejska zawsze odżywiała się produktami ziemi, mięso zaś jedli tylko podczas wielkich uroczystości. Natomiast mieszkańcy miast, jako część zamożniejsza, jadała mięso częściej. Dopiero w ostatnim stuleciu, wskutek uprzemysłowienia produkcji, zaczęto jeść mięso wszędzie. Zużycie mięsa w ostatnim stuleciu zwiększyło się czterokrotnie, od 13,6 do 52,3 kg na głowę rocznie (Kollath).

Trzeba więc zwrócić uwagę na to, że ta niewielka ilość mięsa wystarczała ludziom przez całe wieki, co też przemawia za minimalnym zużyciem mięsa przez człowieka w przeszłości. Wiemy, że w odżywianiu wieśniaka, mięso odgrywało bardzo skromną rolę i tym mniejszą, im bardziej cofamy się w przeszłość.

Wiadomą jest rzeczą, że czynnikiem zdrowia, zasilającym miasta jest tylko mieszkaniec wsi i że mieszkaniec dużych miast już w drugim albo trzecim pokoleniu wykazuje objawy zwyrodnienia i szybko wymiera (Georg Hansen). Naturalnie, że na to składają się i inne czynniki, ale wadliwe odżywianie, odgrywa rolę zasadniczą. Dobrobyt w ogóle zawsze, ujemnie wpływa na stan zdrowia człowieka, toteż widzimy, że upadek państw i narodów zaczyna się dopiero po pewnym okresie dobrobytu. Następuje wydelikacenie, nadkultura, podłoże do niepohamowanego indywidualizmu, oderwanie się od rodzimego podłoża, wyszukiwanie nowych podniet smakowych, zdenaturowane pokarmy. Na tym tle dopiero występują: pogorszenie konstytucji człowieka, nieodporność na choroby, zwiększenie się chorób przyswajania, utrata uzębienia, awitaminozy i zwyrodnienie (Kollath). Tak było w Grecji i starym Rzymie przed upadkiem.

Cenne dane znajdujemy w wynikach badań odżywiania żołnierzy legionów rzymskich czasów cesarstwa (Ralph Bircher, Hintze). Porcja dzienna legionisty rzymskiego wynosiła 852 g ziarna pszenicy jako podstawowego pożywienia. Oddziały złożone z 10 żołnierzy miały swój młynek do mielenia pszenicy. Z 1/3 tej śrutowanej mąki piekli chleb, z reszty przyrządzali rodzaj kaszy, podobny do obecnej włoskiej polenty. Dopiero pod koniec cesarstwa, zaczęto dodawać do dziennej porcji mięso jako namiastkę (*secundum inopiae subsidium*). Brak pszenicy traktowano jako wyraźny głód, pomimo, że bydła było pod dostatkiem. Jako nagrodę po bitwie nie dawano mięsa, lecz zwiększano porcję pszenicy. Dodatkowo otrzymywał legionista rzymski słoninę, oliwę, ser, jarzyny, jak: cebula, czosnek i wino. „Za-

sadniczo", jak się wyraża Veith „legionista rzymski z kaszą i chlebem pszennym w żołądku podbił cały świat".

W średnich wiekach żołnierz przynosił swój prowiant ze sobą do wojska (zboże), a podczas wojen w zależności od otoczenia, jadał jeszcze ser, masło, cebulę, suszone owoce, słoninę i mięso. Dopiero w wojsku Ludwika XIV w XVII w. rozbudowano i zorganizowano prowianturę i określono liczbowo dzienne racje chleba i mięsa (750 g i 500 g). Wzorowano się na życiu zamożnych, przypuszczając, że co zamożny spożywa, to musi już być dobre, bo przecież może sobie na wszystko pozwolić. Jeszcze w 1812 r. we Francji roczne zużycie mięsa było 17 kg od osoby. Dopiero w 1866 r. wzrosło na 27 kg (Ralph Bircher). Prócz powyższych przykładów, że pożywienie roślinne daje siły i wytrzymałość, jest jeszcze jeden, w odżywianiu ludzi wschodu. Chiny i Japonia.

Tutaj lud pracujący fizycznie, odżywia się tylko pokarmem roślinnym (ryż, kasze, ziemniaki, kasztany, proso i pszenna śrutowana mąka). Jeden z lekarzy angielskich chciał skontrolować stan fizyczny kuli, ciągnącego wózek z pasażerem, który stale przebiegał dziennie 40 km kłusem (który się odżywiał ryżem, kaszą, ziemniakami, kasztanami), dodając do jego pożywienia mięso. Mięso było spożywane ze smakiem, ale już po trzech dniach kuli ten prosił o zwolnienie go z diety mięsnej, ponieważ zaczął odczuwać znaczne osłabienie, które nie pozwalało mu na przebycie tych 40 km dziennie (Hindhede).

Turecki żołnierz w 1909 roku jadł tylko chleb i 150 g daktyli dziennie. Arabscy tragarze portowi jedli wyłącznie owoce, ryż i kukurydzę. Beduini arabscy dochodzą do bardzo sędziwego wieku, jedząc tylko mleko i daktyle (Hindhede).

Jako punkt trzeci, nowoczesna nauka o odżywianiu żąda uregulowania ilości pokarmów.

Już z kliniki niektórych chorób wiemy, jak ujemnie wpływa otyłość na przebieg choroby, na przykład duru, zapaleń płuc, cukrzycy, i jak pogarsza przyswajanie u zdrowego człowieka, przez poważne zakłócenie wydzielania wody i minerałów. Otyłość polega zwykle na zbyt dużym wprowadzeniu do ustroju pokarmów. To obciążenie pokarmami jest nie tylko ilościowe, ale przede wszystkim jakościowe. Spożywa się za dużo białka lub węglowodanów lub tłuszczów, i za mało lub wcale żywych świeżych roślin i owoców. Utlenianie tkanek obniża się stale i obarczenie ustroju trującymi odpadkami, obniżającymi, zakwaszającymi procesy życiowe, wzrasta, wywołując zatrzymanie się wody w ustroju. Naturalnie są ludzie, u których procesy utleniania są przyśpieszone i którzy do pewnego wieku nie tyją, mimo nadmiernego odżywiania się. Przyswajanie tych ludzi również cierpi z powodu obarczenia jakościowego i w końcu musi doprowadzić do poważniejszych zaburzeń w postaci nieodporności na choroby, hipowitaminoz itd.

Otyłość jest powodem i przyczyną chorób. Jak to wygląda liczbowo, wykazuje tablica skonów, podana u Hindhede, gdzie przy każdej chorobie uwzględniono podział ludzi na chudych, normalnych i otyłych (wyniki badań 43 amerykańskich towarzystw ubezpieczeniowych z roku 1914).

Skony na 100 tys. żyjących, wiek powyżej 45 lat.

przyczyny skonów	chudzi	normalni	otyli
apopleksja	112	212	397
choroby serca	128	199	385
marskość wątroby	12	33	67
choroby nerek	97	179	374
cukrzyca	6	28	135
Razem	355	651	1358

Zestawienie wykazuje u normalnych podwójną śmiertelność, niż u chudych, u otyłych dwa razy większa, niż u normalnych.

W cukrzycy u otyłych jest śmiertelność 5 razy większa, niż u normalnych i 23 razy większa, niż u chudych. Śmiertelność przy raku jest podług statystyki innego amerykańskiego towarzystwa ubezpieczeniowego za czas 1887—1921 u otyłych o 50% wyższa, niż u chudych (Hindhede). Różnica występuje również i u dzieci. Twierdzenie, że jedzenie musi być możliwie urozmaicone i możliwie jak najwięcej smaczne, jest zupełnie fałszywe.

Brak łaknienia, jest najlepszym naturalnym lekarstwem na przekarmianie się (Hindhede). Możliwie proste i zwykłe jedzenie, ma to do siebie, że dobrze smakuje, dopóki się jest głodnym, gdy zaś głód został zaspokojony, dalsze jedzenie zostaje automatycznie przerwane. Z tego wszystkiego co powiedziałem nie wynika, że dieta normalna zapobiegawcza, powinna składać się tylko ze surówek, jako najwięcej wartościowego pożywienia, mającego najwięcej napięcia redukcyjno-oksydacyjnych potencjałów. Dieta normalna powinna składać się z pokarmów jak najmniej denaturowanych, to jest zmienionych, i możliwie jak najmniejszego użycia pokarmów biologicznie bezwartościowych, jak: biała mąka, cukier, konserwy.

Pokarmy muszą być świeże albo higienicznie przechowywane. Jeżeli mają być gotowane, to umiejętnie, jak najkrócej oględnie, podług specjalnych metod, najmniej zagrażających biologicznej wartości pożywienia. Przy chlebie należy pamiętać, że im chleb ma więcej otrąb, czyli im mniej było odpadków przy przemiale ziarna, tym chleb jest zdrowszy, to samo o kaszach, im grubsza, tym lepsza. To samo o ryżu, im mniej łuszczony tym lepszy. Dieta bezmięsna lub zupełnie pozbawiona zwierzęcego białka, może być tak samo martwa, jałowa i zagrażająca życiu ludzkiemu. Dieta musi być żywa, świeża, przeważnie składająca się z żywych roślin i ich produktów. Dieta, posiadająca normalne zespoły mineralno-witaminowe, żywej tkanki roślinnej, niezwyrodniałej, dieta naturalna, jest dietą pełnowartościową.

Naturalnie, że wpływ na zdrowie człowieka mają jeszcze i inne czynniki, jak dziedziczność, otoczenie, stosunek ruchu do odpoczynku, spoczynku do czuwania, praca mięśni, powietrze, woda, słońce, ale najważniejszym czynnikiem, mającym decydujący wpływ na zdrowie ludzkie, jest i będzie zawsze odżywianie. To pożywienie może wpływać tak samo toksycznie na ustrój ludzki, jak trujące środki chemiczne lub nieodpowiednie lekarstwa.

Pożywienie nasze może stale podkopywać nasze zdrowie przez szereg lat, aż dojdzie do stanów, które czasami trudno już jest polepszyć.

Tutaj należy pamiętać, o całym łańcuchu hipowitaminoz, utajonych niedoborów witaminowych, mających nikłe objawy chorobowe, objawy, do których się w ogóle nie przywiązuje większej wagi, jak zmęczenia, osłabienia, itd. Jakie znaczenie mają te stany utajonych hipowitaminoz, o których wiemy dopiero od niedawna, mogąc na przykład skontrolować obecność jednej z najważniejszych, witaminy C w moczu, stwierdził jeszcze raz Szent-Györgyi w swojej ostatniej pracy. Uważa on, że witaminy, prócz swoich czysto, swoisto witaminowych czynności jako katalizatory, mają jeszcze znaczenie jako czynnik antytoksyczny, czyli działają jako lek, w daleko większych dawkach. Objaśnił to na przykładzie ze świnką morską, której do życia i rozmnażania się wystarcza dawka 0,5 mg witaminy C. Dokładniejsze badania przy tej dawce wykazują jednak gnilcowe zmiany w strukturze odontoblastów, które ustępują dopiero przy dawce 1,5 mg. Dalej ta dawka 1.5 mg nie daje jeszcze żadnej odporności na toksyny błonicy. Tutaj dopiero skuteczną dawką jest 30 mg, dawka uważana za wystarczającą dotychczas u człowieka. Ta rozpiętość liczb wskazuje na daleko idące możliwości, utajonych stanów chorobowych i gotowości ustroju do schorzeń, w zależności od obecności tej lub innej ilości witamin w ustroju.

Ja sam kontroluję każdego chorego od szeregu miesięcy na obecność witaminy C i mogę tutaj powiedzieć, że ani jeden chory, przy ogólnie przyjętym mieszanym odżywianiu nie miał witaminy C w moczu, czyli, że zawsze występował niedobór sięgający czasami do 2000 mg C. To wskazuje niezbicie, że nasze obecne pożywienie jest zasadniczo złe i że przyczynia się do schorzeń ustroju, stwarzając nieswoisty podkład do różnych chorób, tak zwaną gotowość do chorób, jak to Niemcy nazywają *Krankheitsbereitschaft*.

Uznajemy dwojakiego rodzaju diety: dietę zapobiegawczą, czyli ochronną, która powinna gwarantować, wszystkie wyżej wymienione wymagania: być naturalną, żywą, świeżą, zawierać naturalne sharmonizowane zespoły wszystkich witamin oraz soli mineralnych, być ubogą w białko i zawierać dostateczną ilość błonnika.

Po wtóre dietę leczniczą, którą się stosuje niestale. Dieta lecznicza zasadniczo nie może różnić się od diety ochronnej, jest ona tylko obostrzona dietą ochronną. Dietę leczniczą dzielę na 3 kategorie:

1. Dietę ściśle głodową, gdzie podajemy tylko wodę w nieograniczonej ilości. Dieta została nazwana słusznie, wewnętrzną operacją bez noża. Usuwa ona wszystkie zbyteczne złogi i niedopałki z przyswajania, niszcząc tkankę chorą i oszczędzając zdrową. Dietę tę można stosować tylko w szpitalu. Umiejętnie i celowo zastosowana, stanowi cenny instrument, nowoczesnego lecznictwa.

2. Dietę ściśle surówkową: a) płynną i b) płynno-stałą, podczas której podajemy soki ze surowych owoców i jarzyn do 1 l dziennie albo soki i surowe jarzyny oraz owoce w stanie przetartym.

3. Dietę łagodnie surówkową. Polega ona na diecie ściśle surówkowej z dodatkiem ziemniaków w łupinach gotowanych, na obiad i kolację ze świeżym masłem oraz razowego chleba z masłem. Dieta ta wygląda, jak następuje.

Rano: razowy chleb, świeże masło, surowe owoce, sok z surowych owoców, herbata.

II śniadanie: herbata z głogu (obecność witaminy C w dużej ilości) lub sok z marchwi surowej, surowe owoce.

Obiad: ziemniaki w łupinach gotowane lub pieczone, świeże masło, sałata z surowych jarzyn, surowa kiszona kapusta, surowe owoce, sok z marchwi, cytryny lub jarzynowa zupa.

Podwieczorek: razowy chleb, świeże masło, zimne mleko.

Kolacja: Ziemniaki w łupinach, gotowane lub pieczone, świeże masło, surowa tarta jarzyna, razowy chleb z masłem.

Dieta lecznicza, składająca się z tych trzech poszczególnych diet nie posiada mięsa, jaj, sera, mąki, rosołu, ryb oraz soli kuchennej. Dieta lecznicza jest w całej rozpiętości stosowana na moim Oddziale Szpitala Betleem. Chorzy chętnie stosują tę dietę, tym bardziej, że staramy się każdorazowo objaśnić jej celowość i znaczenie dla zdrowia, w postaci pogadanek zbiorowych i indywidualnych. Staramy się chorych przy wyjściu ze szpitala nakłonić do stosowania tej diety i nadal, uważając pobyt w szpitalu za szkolenie chorych i w tym kierunku.

Mentalność rewolucyjnego kierunku w nowoczesnej nauce o odżywianiu, najlepiej jest wyrażona przez Mikkela Hindhede, wielkiego kopenhaskiego badacza, który zapytany na jednym z odczytów, jak się należy właściwie odżywiać? Odpowiedział: „Zapytaj twego lekarza i zapamiętaj dokładnie co on ci radzi, wykonaj wszystko na odwrót i wtedy dopiero zrobisz dobrze".

Oświadczenie to ma głębokie cechy słuszności i uderza w najsłabszą stronę praktyki lekarskiej, w naszą codzienną praktyczną dietetykę.

Chciałbym jeszcze dodać, że nowoczesna dietetyka jest zagadnieniem syntetycznym czynności ustroju, jako całości jednolitej i nierozerwalnej. Zdrowie człowieka jest bowiem równowagą czynności ustroju, sharmonizowaniem wszystkich jego czynności.

Tej harmonii nie wolno nam zakłócać przez świadome, a co gorsze, nieświadome błędy w odżywianiu.

Piśmiennictwo:

Malten: So heilt die Natur. — Scheunert: Die Ernährung. B. I. H. 2. 1936. — Scheunert: Der Vitamingehalt der deutschen Nahrungsmittel. II Teil: Mehl und Brot. 1930. — Müller: Revue Suisse d'Hygiene. 1935. — Congil: The Vitamin B requirement of man New Haven. 1934. — Burnet i Aykroyd: Bulletin Trimestriel de l'Organisation d'Hygiène. 4. 327. 1935. — Hindhede: Gesundheit durch richtige und einfache Ernährung. Leipzig. 1935. — Mc. Cann: The Science of Ealing. — Stepp: Die Ernährung. Bd. I. T. 1. S. 26. 1936. — Stepp: Münch. med. Woch. 1119, 1936. — Noorden: Deutsch. med. Woch. Nr 22, 1917. — Noorden: Z. f. Ernährung. Mai, 1933. — Hufeland: Makrobiotik. — Bickel: Deutsch. med. Woch. 533 i 577, 1935. — Hansen Georg: Die drei Bevölkerungsstufen. München, 1889. — Kollath: Grundlagen, Methoden u. Ziele der Hygiene, 1937. — Bircher Ralph: Soldaten-Kost. Zürich, 1936. — Hintze: Geographie und Geschichte der Ernährung, 1934. — Veith: Heeresverpflegung der Römer. Lesikon der Ernährungskunde von Magerhofer und Pirquet. Wien, 1926. — Oszacki: Choroby przemiany materii. — Szulc: Higiena żywienia. — Lehne R.: Die Form der Zähne und ihre Beziehungen zur Ernährung. Leib und Leben, Januar, 1936. — Adloff: Z. f. Rassenkunde. Bd. 3. H. I. 1936. — Baumgärtel: Die Ernährung. H. 4. S. 172. 1937. — Oefelein: Hippokrates. 863, H. 35, 1937. — Baumgärtel: Ernährung und Darmflora, 1937. — Oefelein: Verh. Deutsch. Ges. f. innere Med. 268—276, 1936. — Becher Erwin: Intestinale Autointoxikation. Verh. Ges. Deutsch. Naturforscher und Aerzte, Dresden, 1936. — Becher Erwin: Med. Welt. 873, 1931. — Magnus-Alsleben: Beitr. chem. Physiol und Pathol. 6. S. 503. — Gutzeit: Med. Kl. 1453, 1487, 1935. — Girszowicz: Tak żyć i odżywiać się potrzeba, aby zachować zdrowie. Wilno, 1930. — Schenk: Med. Woch. 1609, 1936. — R. Berg: Hippokrates. 1937. — R. Berg: Eiweissbedarf und Mineralstoffwechsel. 1931. — R. Berg: Kontrolle des Mineralsstoffwechsels. 1930. — Bircher-Benner: Ernährungskrankheiten. — Bircher-Benner: Eine neue Ernährunglehre. — Bircher-Benner: Vom Wesen und Organisation der Nahrungsenergie. — Mc. Callum: Neue Ernährungslehre. — Buchinger: Das Heilfasten und seine Hilfsmethoden. — Rudy: Vitamine und Mangelkrankheiten. — Wendt: Kost und Kultur.

Eugeniusz TURYNA Toruń

Diatermia krótkofalowa w ginekologii i położnictwie [1])

Z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Publicznego Szpitala Miejskiego w Toruniu
Ordynator: Dr Eugeniusz Turyna

Fale Hertza długości 3 do 15 m zastosowane na ustrój żywy, stanowią w codziennym pojęciu diatermię krótkofalową, która jest obecnie nową gałęzią lecznictwa elektro-biologicznego. Za istnieniem tego rodzaju wpływu fal krótkich na tkankę żywą przemawia cały szereg doświadczeń, prowadzonych w tym kierunku. I tak Mezzadroli i Vareton wykazali wpływ pobudzający na wzrost ziarenek roślin, na rozwój i przemianę drożdży itp. Izar i Comulari, Schliephake, Haas Ruete stwierdzili wpływ hamujący na żywotność prątków i ziarniaków chorobotwórczych, a nawet zanik bakteryj w obrębie pola kondensatorów. W doświadczeniach powyższych może najbardziej ustaloną została wartość wpływu fal krótkich i ultrakrótkich na komórkę żywą. Należy dla dokładności zaznaczyć, że wyniki u różnych autorów w różnych seriach doświadczeń były różne, co należy przypisać niejednakowej długości fali, użytej do doświadczenia.

Stwierdzenie tego faktu ma wielkie znaczenie dla klinicznego zastosowania fal krótkich, których siła wyniku i swoistość działania na różne drobnoustroje jest różną. Na dowód tego np. Menniti wykazuje, że fale Hertza długości 1 m, zastosowane na prątki gruźlicze podniecają raczej ich wzrost.

Dalej fale krótkie pobudzają działanie zaczynów, procesy fermentacyjne, a obok tego wykazują wpływ na skład morfologiczny, chemiczny i koloidalny krwi (Bergamin i Schutz, Mezzadroli, Izar, Torelli i Valli). Poza tym Cignolini, Vallebona i inni wykazują wyraźne wpływy fal krótkich na system krążenia i serce, układ trawienny w postaci powiększenia wydajności serca, obniżenia ciśnienia krwi, szybkości opróżniania przewodu pokarmowego, które to zmiany występują w zależności od długości użytej fali. Na koniec pobudzający wpływ fal krótkich na narząd rodny, jajniki i przysadkę, jak niemniej pobudzające lub uspokajające działanie ich, na system nerwowy roślinny, zależnie od dawki leczniczej, przemawiają za niewątpliwym wpływem diatermii krótkofalowej na tkankę żywą i przemiany w niej się odbywające.

Wartość lecznicza fal krótkich — w znaczeniu krótkofalowego wyniku — ustaloną jest dla fal o długości 3 do 15 m długich, natomiast fale powyżej 15 m długie zaliczane są do diatermii długofalowej, o innym zakresie wskazań i wyników leczniczych. Doświadczenia, które w tym kierunku prowadzili Schliephake, Haas, Liebesny, wykazują, że np. fale krótkie wstrzymują wzrost a nawet niszczą kultury bakterii, natomiast fale długie mogą ich wzrost tylko zaburzyć. Na tej zasadzie opiera się rozdział diatermii na długo- i krótkofalową i stąd istnieje konieczność indywidualizowania i ścisłych wskazań, zależnie od rodzaju schorzenia, które mamy leczyć, by uzyskać wynik wyleczenia a nie pogorszenia cierpienia.

Wprowadzenie do lecznictwa fal krótkich pod postacią diatermii krótkofalowej posunęło zagadnienie leczenia procesów zapalnych w ogóle, obok innych zboczeń czynnościowych narządów ustroju żywego, wybitnie naprzód. Otrzymaliśmy bowiem w ten sposób bardzo skuteczną broń, którą z powodzeniem możemy stosować we wszystkich ostrych i podostrych stanach zapalnych, toczących się w głębi tkanek, jako też i na powierzchni ciała. Diatermia krótkofalowa w przeciwstawieniu do długofalowej może być stosowaną ze skutkiem w każdym okresie choroby, nie dając zadrażnień stanu zapalnego, lecz wprost przeciwnie, uspokojenie odczynu śród- i około-tkankowego, zahamowanie procesu zapalnego i pobudzenie obronnych czynności tkankowych. I to jest bezsprzecznie najogólniej podkreślona wartość diatermii krótkofalowej i jej wyższość nad długofalową.

W ujęciu fizyczno-technicznym, krótkie i ultrakrótkie fale opierają się na prądzie o wysokiej częstotliwości, liczbie wahań ponad 300 milionów i długości fal od *3* do *15* m długich. Diatermia długofalowa posługuje się falami ponad *15 m* długimi (do 600 m) i znacznie niższej częstotliwości. Przestrzenie między elektrodami diatermii krótkofalowej tworzą tzw. pole kondensatorowe, które właśnie wywiera specjalny wpływ leczniczy na tkanki znajdujące się w jego obrębie, a nie sam prąd elektryczny użyty. To działanie lecznicze zależy od izolującej przestrzeni, zawartej między płytami kondensatora i stąd energia lecznicza

[1]) Wygłoszono na posiedzeniu naukowym Towarzystwa Lekarskiego w Toruniu dnia 10. II. 1938 r. i Towarzystwa Ginekologicznego Krakowskiego dnia 15. III. 1938 r.

działa na ustrój drogą pełnej warstwy izolującej powietrza i działa wówczas jako tzw. prąd odchylony. Przez odpowiednie ustawienie elektrod możemy otrzymać mniej lub więcej skoncentrowane pole elektromagnetyczne i dzięki temu możemy znów działać falą krótką w głąb ciała.

Dotychczas nie rozstrzygnięto właściwie, czy w leczeniu diatermią krótkofalową chodzi o działanie ciepła, czy może o jakiś wynik elektryczny. Pewne spostrzeżenia wskazują na to, że wchodzi tutaj w grę niewątpliwie wytworzenie ciepła w głębi tkanek ustrojowych, jednak z natychmiastową utratą tegoż ciepła, w następstwie czynnych w tym kierunku ciepłoregulatorów (Schultze, Rech). Skutek leczniczy byłby więc wynikiem działania ciepła *in statu nascendi* (gdzie indziej ciepła o podobnym działaniu nie spotykanego) procesu przemiany energii, powstałej w czasie wytwarzania ciepła z natychmiastową utratą tegoż. Ten silny i nagły spadek ciepła z wysokiego potencjału, wywołuje w komórkach ustroju żywego pewne zasadnicze, fizyko-chemiczne przemiany, bliżej nam jeszcze nieznane, a które warunkują uzyskane wyniki. Wiemy np., że ognisko zapalne przegrzewa się znacznie silniej i szybciej, aniżeli zdrowe tkanki otoczenia, w następstwie najprawdopodobniej kwasowości ogniska zapalnego (Pflomm). Znajomość tego zjawiska jest ogromnie ważną i ułatwia nam zrozumienie obumierania zarazków w środowisku zapalnym, które poddaliśmy działaniu fal krótkich. Szybkość obumierania bakterii jest wprost proporcjonalną do podniesienia się ciepłoty ogniska zapalnego, które przegrzewa się znacznie silniej, aniżeli otoczenie. Poza tym w miejscu napromieniania falami krótkimi zwiększa się leukocytoza, a tym samym i fagocytoza. Dalszym skutkiem działania tego rodzaju ciepła jest rozszerzenie włośniczek, pozostające długo i nie reagujące skurczem nawet na adrenalinę (Cignolini, Scholz, Raab, Schliephacke, Haas).

Nie wszyscy jednak zgadzają się z tego rodzaju tłumaczeniem leczniczego wpływu fal krótkich. Döderlein, który stosuje fale krótkie długości *4* do *7 m*, jest np. zdania, że nie działanie energii cieplnej wchodzi tu w grę, a raczej jakiś wynik biologiczny. R. Proust, Moricard, Pulsford uważają, że w diatermii krótkofalowej działającym czynnikiem obok ciepła jest i sam prąd elektryczny. Jak widać, rozbieżność jest nieistotna i opierając się na dotychczasowych wynikach badań i rozważań, należy przyjąć, że wyniki lecznicze są następstwem pewnych przemian biologicznych w tkankach leczonych. Czynnikami zaś działającymi są energia elektryczna i cieplna o swoistych własnościach wyżej opisanych, gdzie indziej o podobnym wpływie nie spotykana.

Piśmiennictwo ostatnich czasów coraz częściej zajmuje się omówieniem sposobów praktycznego zastosowania diatermii krótkofalowej i wskazaniami leczniczymi dla niej, jak również wynikami uzyskanymi tą metodą leczenia. Prace oparte są na bardzo licznym materiale leczonych przypadków i świadczą o zainteresowaniu klinicystów, różnych specjalności, zużytkowaniem fal krótkich w różnych schorzeniach. Proust, Moricard, Pulsford zalecają diatermię krótkofalową we wszystkich sprawach zapalnych ostrych i podostrych narządu rodnego, stosując ją z ostrożnością w otorbionych guzach wysiękowych i ropnych. Schumacher opiera swoje wyniki na *125* chorych, stosując fale krótkie we wszystkich ostrych i podostrych zapaleniach narządu rodnego w połogu, jak i poza połogiem. Chore nagrzewane były codziennie, rozpoczynając od *3* minut i dochodząc do *30* minut, przy *22* voltach. Bardzo rozległe pole wskazań do leczenia diatermią krótkofalową daje Schultze-Rhonhof, który uważa, że ostre i podostre schorzenia przydatkowe i tkanki łącznej około-macicznej najlepiej reagują na fale krótkie. Stan podmiotowy chorych poprawia się bardzo szybko, znika uczucie bólu i napięcia w miejscu schorzałym, wyprzedzając znacznie dane poprawy przedmiotowej. Döderlein podaje, że świeże nacieki, wysięki i obrzęki odczynowe zapalne ulegają bardzo szybko uwstecznieniu, a przewlekłe guzy zapalne przydatków, leczone diatermią długofalową bezskutecznie, dawały pod wpływem fal krótkich co najmniej wyraźną poprawę. Odwrotnie jest z wynikami uzyskanymi przez Wittenbecka, który nie widział wydatniejszej poprawy przy użyciu diatermii krótkofalowej. Zdaniem jego, błąd nie leży w nieracjonalności fal krótkich, tylko w tym, że każda sprawa zapalna danego narządu wymaga odpowiednio indywidualnie długiej fali, sposobu podania, siły nagrzewania itp. Raab, Bardenheuer, Dalchau, Fainsilber i inni podają, że uzyskali bardzo dobre wyniki, stosując diatermię krótkofalową w zapaleniach ginekologicznych, całego odcinka kanału rodnego, gdzie według nich, nie tyle działanie samego ciepła było czynnikiem korzystnym, ale raczej wpływ biologiczny fali krótkiej i ciepła *in statu nascendi*. Nagrzewania prowadzili przez 30 minut przy użyciu dużych elektrod leżących blisko skóry. Z leczenia wyłączono stare sprawy zrostowe zapalne, jako naturalnie nie nadające się do tego rodzaju leczenia. Bardenheuer podaje do *90%* wyleczeń tym sposobem, podobnie Dietrich i Lambrecht.

Prawie wszyscy autorowie zgodnie uznają, że zapalenia na tle rzeżączkowym i gruźliczym nie nadają się do leczenia falami krótkimi, pomimo stwierdzonego i w tych przypadkach przemijającego dodatniego wpływu fal krótkich na podmiotowe dolegliwości chorych (Raab, Hackemann, Vogt, Schumacher, Ruete).

Drugim, bardzo ważnym zakresem schorzeń dla diatermii krótkofalowej są zaburzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania. Stwierdzono bowiem, że fale krótkie, prócz leczniczego wpływu na procesy zapalne, mają wywierać pobudzające działanie na jajniki, przysadkę, tarczycę i inne gruczoły, a tą drogą na narząd rodny (Proust, Moricard, Pulsford, Cignolini, Raab). W wskazaniach swoich dla diatermii krótkofalowej Raab podaje, że fale krótkie wywierają dodatni wpływ na zaburzenia miesiączkowania i przez naświetlanie tymi falami jajników i przysadki leczy brak miesiączek i skąpe miesiączkowanie. Te spostrzeżenia potwierdzają wyniki, uzyskane przez Weissenberga, Dalchau'a i innych, którzy za pomocą naświetlań falami krótkimi gruczołów płciowych uzyskali wyleczenie w przypadkach braku i skąpego miesiączkowania, jak również i bolesnego miesiączkowania. Becker, Bardenheuer nagrzewali diatermią krótkofalową odpowiednie gruczoły wkrewne przy asteniczno-dziecięcości i niedorozwoju z dobrymi wynikami. Poza tym przypadki nieregularnych krwawień macicznych miesiączkowych dawały dużą poprawę po stosowaniu fal krótkich, to jest zmieniały nieregularne miesiączkowanie na prawidłowe, tak co do czasu, jak i ilości krwawienia (Raab, Wittenbeck, Dousset). W tych przypadkach lecznicze działanie fal krótkich wywiera nie tylko bezpośredni wpływ na same gruczoły dokrewne, ale działa i pośrednio przez działanie fali krótkiej na system nerwowo-roślinny, któremu dostarcza swoisty bodziec kaloryczny, działający pobudzająco lub uspokajająco, zależnie od dawki. Naświetlanie falami krótkimi tarczycy ma powodować może zahamowanie jej działania, przy użyciu odpowiedniej dawki, stąd hipertyreozy leczą niektórzy klinicyści słabymi dawkami diatermii krótkofalowej (Jorns, Weissenberg). Inni zaś, jak Schliephacke, Rausch i Weinman doświadczalnym nagrzewaniem trzustki uzyskali obniżenie poziomu cukru we krwi i na tej podstawie proponują leczyć falami krótkimi stany cukrzycowe.

Zachęceni dobrymi wynikami leczniczymi, uzyskanymi za pomocą diatermii krótkofalowej, które u niejednych autorów dają zadziwiające wyniki (Vallebona, Grarotto, Pieau) rozpoczęliśmy leczyć wszystkie sprawy zapalne narządu rodnego i otoczenia, tak w połogu, jak i poza nim, falami krótkimi. Niezależnie od wyżej wspomnianych schorzeń, poddaliśmy leczeniu również zaburzenia wewnętrzno-wydzielnicze gruczołów płciowych i to zarówno przypadki z nieregularnymi miesiączkami, jak i z ich brakiem. Na te wskazania lecznicze dla fal krótkich, naprowadziły nas spostrzeżenia dodatniego wpływu fal krótkich na zaburzenia w miesiączkowaniu lub dolegliwości z tym okresem związanych, poczynione przy stosowaniu diatermii krótkofalowej na narząd rodny, zatoki czołowe, gruczoł piersiowy itp.

W leczeniu posługiwaliśmy się aparatem iskiernikowym F. Siemens Breviflux o długości fali zmiennej od 6—15 m. Czas nagrzewania 10—20 minut, codziennie lub co drugi dzień w kilku seriach, z których każda składała się z 5—10 posiedzeń.

Wyniki nasze opieramy na *415* przypadkach (około 5.000 nagrzewań), z czego *373* przypadki to chore z zapalnymi zmianami narządu rodnego i otoczenia, leczone diatermią krótkofalową tak w okresie ostrym, podostrym, jak i przewlekłym choroby. Reszta, to jest *42* przypadki obejmuje chore z zaburzeniami dokrewnymi gruczołów, które warunkują życie płciowe kobiety.

Chore z zapaleniem narządu rodnego i otoczenia lub w jednym z jego odcinków, leczyliśmy w okresie ostrym i podostrym diatermią krótkofalową, jako chore leżące cały czas na Oddziale. Ze wskazań dla fal krótkich, wyłączyliśmy przypadki, w których tło zapalne było rzeżączkowe lub gruźlicze. Przekonaliśmy się bowiem, że tego rodzaju zapalenia swoiste niekorzystnie oddziaływały na fale krótkie.

Omawiając kolejno leczone przez nas przypadki, zaczniemy od chorych z zapaleniem wnętrza macicy i otoczenia, przydatków macicznych, tkanki około-przydatkowej i tkanki łącznej przymacicznej związanych z połogiem, w których stosowaliśmy diatermię krótkofalową indywidualizując, tak co do ilości (3—6)

naświetlań, jako też siły i czasu (5—15 minut przy 20 V). Przez indywidualizację wskazań i sposobu nagrzewania falami krótkimi, dążyliśmy do tego, by przegrzaniem tkanek nagrzewanych nie uszkodzić aparatu fagocytarnego i w ten sposób nie znieść czynnika immunobiologicznego. W ten sposób prowadząc uzupełniające leczenie groźnych powikłań połogowych uzyskaliśmy wyraźne skrócenie okresu chorobowego, czasu krwawienia, czy też powikłań ze strony innych narządów, jak serca, nerek i układu żylnego. Poza tym od czasu stosowania w powyżej wymienionych zachorzeniach połogowych diatermii krótkofalowej nie widzimy zropienia tkanki łącznej przymacicza, ropni zatoki Douglasa, natomiast szybsze i lepsze zwijanie się macicy połogowej z równoczesnym dokładniejszym wydalaniem zatrzymanych odchodów. Obok tego wyraźny wpływ dodatni diatermii krótkofalowej widzieliśmy w ogólnych zakażeniach połogowych, w których nagrzewaliśmy macicę, wątrobę i śledzionę. Niewątpliwie fale krótkie w tych przypadkach były leczeniem również dodatkowym, obok innych środków, stosowanych w tak ciężkich powikłaniach połogowych, jednak musimy zaznaczyć, że w dużym stopniu zawdzięczamy falom krótkim znacznie większy odsetek wyleczeń groźnych zakażeń ogólnych, w stosunku do okresu niestosowania diatermii krótkofalowej. Fale krótkie bowiem, działając w głąb na macicę, jako na źródło zakażenia ogólnego i stałego rozwoju drobnoustrojów, mogą doprowadzić do zmniejszenia zjadliwości zarazków lub nawet całkowitego ich obumarcia i wstrzymania wysiewania się zarazków do krwi, co uwidaczniało się zaprzestaniem pojawiania się dreszczy, spadkiem powolnym ciepłoty, poprawą tętna i stanu ogólnego itd. Niezależnie od tego, diatermia krótkofalowa, dzięki swym własnościom biologicznego działania na odpowiednie narządy, podnosi odporność zaatakowanego ustroju i wzmaga organizowanie czynników samoobronnych. Stąd i wątroba wraz ze śledzioną, jako ważne narządy odtruwające i obronne, są pobudzane do żywszej czynności diatermią krótkofalową, jak niemniej układ siateczkowo-śródbłonkowy (tak ważny w tego rodzaju schorzeniach) przez obniżenie jego napięcia, z równoczesnym spowodowaniem tym silniejszej fazy regeneracji (J. Courtois, R. Lecoque). W miejscu zadziałania fali krótkiej zwiększa się ilość leukocytów, a tym samym fagocytoza, jako ważna czynność samoobronna.

Do połogowych powikłań, dość często spotykanych, należy zapalenie gruczołu piersiowego, które naturalnie obejmowały nasze wskazania dla diatermii krótkofalowej. Temu też przypisać musimy, że spostrzegając od czasu do czasu zapalenie powierzchowne lub głębokie gruczołu piersiowego w połogu, nie widzieliśmy ani razu zropienia i nigdy nie korzystaliśmy z pomocy chirurga. Cały zaś proces zapalny ograniczał się do kilku dni, jeśli naturalnie od początku choroby rozpoczęto stosować diatermię krótkofalową.

Podobnie, jako chore na Oddziale, leczone były przypadki, z ostrym i podostrym zapaleniem macicy, przydatków i otoczenia, jak również tkanki łącznej przymacicza i otrzewnej miednicy małej poza połogiem. Fale krótkie zalecaliśmy codziennie, rozpoczynając od 10 minut, dochodząc po kilku dniach, po złagodzeniu mocno nasilonych objawów, do 20 minut. W przypadkach ograniczonych ropni jajnikowych, jajowodowych, czy zatoki Douglasa, nie przekraczaliśmy czasu 10 minut. Nigdy też nie widzieliśmy pogorszenia sprawy w postaci rozszerzenia się lub pęknięcia ropnia, na co niektórzy zwracają uwagę, widząc tego rodzaju pęknięcia, po może zbyt silnym nagrzaniu diatermią krótkofalową. Nagrzewania nie przerywaliśmy przy istnieniu nieregularnych krwawień, wywołanych zapaleniem, ponieważ uderzająco korzystnym okazał się wpływ fal krótkich na uregulowanie, czy ustanie tego rodzaju krwawień macicznych nieregularnych. W przypadkach, w których podawaliśmy cały szereg środków skurczowych na mięsień macicy i przeciwkrwotocznych bez wyraźnego wyniku, zastosowanie nagrzewań krótkofalowych, bez względu na obecność krwawień, prowadziło do ustania krwawienia w kilku dniach. Natomiast w okresie prawidłowego miesiączkowania przerywaliśmy leczenia, aż do ukończenia miesiączkowania. Nie jest to jednak zasadą, ponieważ istnieją przypadki, gdzie należy nagrzewać falami krótkimi bez obawy wywołania pogorszenia, pomimo miesiączki, aby w ten sposób zapobiec zaostrzeniu się uporczywej sprawy zapalnej, istniejącej już poprzednio (Lohring, Raab, Wittenbeck). We wszystkich tych przypadkach, oprócz diatermii krótkofalowej nie stosowaliśmy w okresie ostrym i podostrym żadnych innych środków leczniczych, ani też nie byliśmy nigdy zmuszeni do stosowania leków znieczulających (morfiny, nowalginy itp.) przeciw bólom, towarzyszącym tym cierpieniom. Fale krótkie zmniejszając napięcie w tkankach zapalnych, zmniejszały uczucie bólu, uspokajając ogólnie chorą, a widywany u niektórych kobiet przemijający niepokój, bicie serca, czy silne pocenie były dobrze znoszone i ustępowały po krótkim wypoczynku w łóżku.

Przypadki z zapaleniem narządu rodnego gruźliczym, wyłączono z leczenia. Natomiast przy zapaleniach rzeżączkowych górnych odcinków kanału rodnego, zalecaliśmy kilka nagrzewań diatermią krótkofalową, pomimo, że ona w zapaleniach rzeżączkowych nie daje zadowalniających wyników, jednak sam fakt zmniejszenia, czy nawet ustania bólów w okresie ostrym choroby, usprawiedliwia jej zastosowanie i ułatwia nam opanowanie przykrych objawów, jak np. krwawień macicznych.

Porównując szybkość ustąpienia ostrych objawów ogólnych i miejscowych, jak niemniej czas leczenia, w przypadkach leczonych diatermią krótkofalową, w stosunku do przypadków leczonych uprzednio bez pomocy fal krótkich, musimy stwierdzić, że korzyści i wyniki uzyskane dzięki tej nowej metodzie leczenia były uderzające. Spostrzeżenia nasze poczynione w tym kierunku na stosunkowo dużym materiale chorych różnorodnych, są zgodne z tym, co uzyskali Vallebona, Giarotto, Fieau, Raab i inni, lecząc falami krótkimi zapalenia przydatków, macicy i otoczenia. Podają oni, że wyniki lecznicze były zadziwiające. Poza dość szybkim spadkiem ciepłoty, obniżeniem leukocytozy, zwolnieniem opadania krwinek czerwonych, uspokojeniem bólów i krwawień macicznych, widzi się u tych chorych ogólne uspokojenie nerwowe, tak potrzebne przy leczeniu w okresie ostrym, zwiększenie apetytu i poprawę samopoczucia. Poza tym psychologicznie zastosowanie leczenia od początku choroby, bardzo korzystnie oddziaływa na chore, które widzą, że się je rzeczywiście leczy i dlatego też niejednokrotnie spotkaliśmy się z tym, że chore dopraszały się zwiększenia ilości nagrzewań dziennych, podając, że po każdym nagrzaniu czują, jak im zdrowie powraca. I ten wpływ psychiczny na chorych należy podnieść, a przemawia on za diatermią krótkofalową, w przeciwstawieniu z długofalową, której zastosowanie w okresie uspokojenia choroby, zbyt często działa drażniąco i zniechęca chore do poddania się dalszemu leczeniu.

W zapaleniach narządu rodnego i otoczenia o charakterze przewlekłym, stosowaliśmy również leczenie diatermią krótkofalową, wyłączając zupełnie z leczenia diatermię długofalową. Wszystkie przypadki leczone były jako dochodzące i obejmowały stany zapalne wnętrza macicy i jej ścian, stare przebyte zapalenia przymacicz, głównie tylnego, z uporczywymi bólami w krzyżach, w końcu przewlekłe zapalenia jajników i jajowodów. Wszystkim wyżej wymienionym stanom chorobowym towarzyszyły uporczywe krwawienia maciczne lub co najmniej przeciągające się i obfite miesiączkowanie. Zadziwiającym w tych przypadkach był wpływ fal krótkich na uregulowanie krwawień miesięcznych, które były leczone uprzednio innymi sposobami mniej lub więcej skutecznymi, bez wyraźniejszego wyniku, a po nagrzewaniach diatermią krótkofalową macicy i otoczenia, dały trwałe wyleczenie. Już w samych początkach leczenia opanowanie tak uporczywego i utrudniającego leczenie objawu, jakim jest krwawienie maciczne, ułatwiało nam leczenie podstawowego cierpienia. Nagrzewania zalecaliśmy codziennie po 15 do 25 minut, przy użyciu dużych elektrod, dając na pierwszą serię najmniej 10 diatermii. Po przerwie, w czasie której leczona przebyła zwykle miesiączkowanie prawidłowe, otrzymywała drugą serię w ilości jak poprzednio, powtarzając ten sposób leczenia raz lub dwa razy. Tak więc ogółem z przerwami chore otrzymywały od 25 do 40 nagrzewań na narząd rodny, a niektóre dodatkowo kilka nagrzewań na okolicę wątroby. Przekonaliśmy się bowiem, że dolegliwości wywołane schorzeniem narządu rodnego sprawiają niejednokrotnie bóle w okolicy wątroby, spowodowane dolegliwościami ginekologicznymi. Kilkakrotne nagrzanie falami krótkimi okolicy żołądka i wątroby uspokajało trwale dolegliwości dyspeptyczne i bólowe w odległych narządach. Tego rodzaju wyniki musimy przypisać korzystnemu wpływowi fal krótkich na system nerwowy roślinny i tą drogą wyjaśnić wyleczenie wtórnie występujących zaburzeń czynnościowych.

Oceniając uzyskane wyniki w przewlekłych stanach zapalnych (wyłączone z obliczeń przypadki z guzami zapalnymi), musimy w tych przypadkach stwierdzić zadowalające wyniki lecznicze. Porównując zaś wyniki uzyskane po diatermii krótkofalowej w stosunku do wyników spostrzeganych po diatermii długofalowej, przyznać musimy pierwszeństwo w lecznictwie falom krótkim. Cały okres leczenia był wyraźnie krótszy, uzyskana poprawa lub wyleczenie trwalsze. Częściej spostrzegaliśmy zajście w ciążę u kobiet poprzednio niepłodnych itp. Jeśli do tego dodamy skuteczne oddziaływanie fal krótkich na macicę i jajniki i uregulowanie nieprawidłowego miesiączkowania, to ta wartość diatermii krótkofalowej jest tym większa.

W przypadkach guzów zapalnych o charakterze przewlekłym nie widzieliśmy wyraźniejszej poprawy, poza chwilowym uspokojeniem bólów, zmniejszeniem ilości i czasu krwawienia i dlatego w przypadkach, kiedy chora godziła się na operację, odstępowaliśmy od leczenia falami krótkimi i innymi sposobami zachowawczymi. Poprzednie jednak nagrzewanie diatermią krótkofalową guzów zapalnych przydatkowych było doskonałym przygotowaniem miejscowym chorej do stosunkowo ciężkiego zabiegu operacyjnego, jakim jest wyjęcie macicy i uwolnienie z rozległych zrostów guzów przydatków macicznych samych, lub łącznie z macicą. Wyniki nasze, operacyjnego leczenia guzów zapalnych przydatków macicznych podamy na innym miejscu, obecnie zaznaczymy tylko, że nie widzieliśmy po tego rodzaju leczeniu większych powikłań chirurgicznych, aniżeli po operacjach brzusznych w ogóle. Śmiertelność pooperacyjna spadła poniżej ilości widywanej po tak rozległych zabiegach chirurgicznych. Porównując zaś wyniki pooperacyjne, przypadków operowanych z uprzednim nagrzewaniem falami krótkimi z przypadkami dawniej leczonymi operacyjnie, bez nagrzewania, widzimy wyższość diatermii krótkofalowej. W materiale naszym mamy chore z ropniakami jajnikowo-jajowodowymi, torbielą zropiałą z przebiciem do pęcherza itp., które z różnych względów operowaliśmy zaraz po ostrym okresie choroby, przy istnieniu stanów podgorączkowych (35,5—37,8°) — co niewątpliwie zmniejsza szanse wyniku operacyjnego leczenia. Jednak i te przypadki zadziwiająco dobrze znosiły ciężką operację, a późniejsze badanie kontrolne nie wykazywało powikłań związanych z operacją, jak np. wysięków w miednicy małej, przetok trudno gojących się itp. następstw, podnoszonych przez przeciwników operacyjnego leczenia zmian zapalnych przydatków macicy i otoczenia.

W przypadkach tyłozgięcia macicy nieodprowadzalnej, ze zrostami w otoczeniu, stosujemy diatermię krótkofalową wewnętrzną, zakładając do pochwy specjalnie dostosowany balon gumowy, wypełniony rtęcią lub roztworem soli fizjologicznym. W tym wypadku z jednej strony stosujemy tzw. obciążenie Pinkusa, a z drugiej promieniowanie fal krótkich od wewnątrz, za pomocą balonu, który jest elektrodą.

W ten sposób prowadząc leczenia zachowawcze przewlekłych zmian zapalnych narządu rodnego, to jest stosując znane sposoby zachowawczego leczenia, mniej lub więcej skuteczne, z dołączeniem fal krótkich, uzyskaliśmy to, że zaledwie *2—3%* chorych wymagało leczenia w szpitalu, kiedy w czasach dawniejszych, odsetek wynosił 15—25%. W okresie przeszło dwuletnim mieliśmy sposobność kontrolowania stanu zdrowia zgłaszających się chorych, leczonych za pomocą diatermii krótkofalowej i nie stwierdziliśmy ani w podaniach chorych, ani też w badaniu przedmiotowym zmian chorobowych. Nawroty i zaostrzenia procesów zapalnych, występujące przed leczeniem kilka razy do roku, ustąpiły po przeprowadzonym leczeniu wyżej opisanymi sposobami i prowadziły do niemal zupełnego wyleczenia w znaczeniu klinicznym, nie dając w ciągu dwu lat odnowienia sprawy chorobowej.

W końcu na omówienie zasługuje wpływ fal krótkich na gruczoły dokrewne, a w szczególności nas interesujące gruczoły wewnętrzno-wydzielnicze, warunkujące życie płciowo-rozrodcze kobiety. Już w samych początkach stosowania diatermii krótkofalowej dla leczenia zmian zapalnych narządu rodnego, gruczołu piersiowego, migdałków podniebiennych itd. zauważyliśmy wyraźny wpływ działania fal krótkich na czynność jajników, tarczycy, a przy nagrzewaniach okolicy skroniowej w cierpieniach o typie migreny, na czynność przysadki. W związku z tym spostrzegaliśmy niejednokrotnie już po kilku nagrzewaniach uregulowanie krwawień miesięcznych, występujących dotychczas nieprawidłowo, tak co do ilości, jak i czasu krwawienia. Długotrwałe i obfite krwawienia maciczne występujące w związku ze zmianami zapalnymi macicy, jajników, czy otoczenia ustępowały w krótkim czasie po stosowaniu diatermii, bez innych leków, poza diatermią krótkofalową. Następne miesiączkowanie wyraźnie się opóźniało, występowało w mniejszej ilości i trwało krócej. Tego rodzaju przesunięcie czasu krwawienia miesięcznego było skutkiem działania fal krótkich, użytych do leczenia procesu zapalnego. Proces ten czasem trwał nadal, pomimo ustania krwawienia macicznego, które w innych wypadkach, bardziej uporczywych, staraliśmy się wstrzymać czasowym wytrzebieniem rentgenowskim. W naszym leczeniu diatermią, ani razu nie musieliśmy uciekać się do czasowego wytrzebienia rentgenowskiego, uzyskując to samo przez diatermię krótkofalową, odpowiednio zastosowaną. Jest to niezmiernie ważnym wynikiem, jeśli weźmiemy pod uwagę skutki nawet czasowego wytrzebienia promieniami Roentgena, które nigdy nie pozostaje bez wpływu na dalszą czynność tkanki jajnikowej. Dlatego też tylko w wyjątkowych wypadkach do tego sposobu winniśmy się uciekać.

Nasze spostrzeżenia dotyczące wpływu fal krótkich na gruczoły wydzielania wewnętrznego zgadzają się z wynikami uzyskanymi przez R a a b a, W e i s s e n b e r g a, D a l c h a u'a, D a u s s e t'a, A u c l a i r'a i innych. R a a b np. podaje, że nieprawidłowy cykl miesiączkowy zmienia się na prawidłowy pod wpływem diatermii krótkofalowej. Miał on okazję stwierdzić to przy nagrzewaniu okolicy narządu rodnego, okolicy skroniowej przy leczeniu falami krótkimi migreny itp. U chorych takich po nagrzewaniu jajników lub przysadki widywał prawidłowe krwawienia miesięczne, czego innymi sposobami nie można było uzyskać. Według tegoż autora, stosowanie fal krótkich na przysadkę, jako gruczołu nadrzędnego w zespole gruczołów płciowych, może mieć znaczenie nie tylko dla leczenia zaburzeń płciowo-rozrodczych, ale i w zboczeniach wzrostu, pochodzenia przysadkowego. Podobnie D a u s s e t otrzymał poprawę stosując fale krótkie na przysadkę w zespole chorobowym tłuszczowo-płciowym.

Leczyliśmy kobiety zarówno z nieregularnymi krwawieniami miesięcznymi, jak również z niedostatecznym miesiączkowaniem albo jej zupełnym brakiem. W przypadkach nadmiernie obfitych i za często występujących krwawień miesięcznych postępowanie nasze polegało na kilkakrotnym nagrzewaniu diatermią krótkofalową okolicy jajników na przemian z nagrzewaniem tarczycy. W przypadkach bardziej uporczywych nagrzewaliśmy i gruczoł piersiowy. Na tarczycę stosowaliśmy zwykle jedno nagrzewanie *5*-minutowe, na *3* nagrzewania *15*-minutowe jajników. W żadnym przypadku nie stosowaliśmy leczenia hormonalnego. Wyleczenie następowało zwykle już po 5 nagrzewaniach — w przypadkach uporczywszych po 10 diatermiach. W nielicznym tylko procencie przypadków byliśmy zmuszeni wykonać wyłyżeczkowanie wnętrza macicy. Był to zabieg pomocniczy w leczeniu, jednocześnie rozpoznawczy, w przypadkach podejrzanych o cierpienie o charakterze złośliwym. W żadnym wypadku krwawień ginekologicznych, tzn. dobrotliwych nie byliśmy zmuszeni wycinać macicy. Uzyskiwaliśmy wyleczenie całkowite metodami zachowawczymi.

Streszczając się podkreślamy korzystny wynik leczenia falami krótkimi krwawień ginekologicznych dobrotliwych. Uważamy to za wpływ biologiczny na macicę, dokrewne gruczoły płciowe i system nerwowy wegetatywny.

Mniej wybitne wyniki uzyskujemy w przypadkach braku miesiączki, w zaburzeniach wzrostu i zespole tłuszczowo-płciowym. Te niepowodzenia przypisać musimy niedostatecznej znajomości wpływu fal krótkich na tkankę gruczołowo-wkrewną i trudności wykrywania przyczyn bardziej skomplikowanych zboczeń.

Prowadząc leczenie braku lub niedostatecznego miesiączkowania, stosujemy krótkoczasowe nagrzewania, na przemian na trzy gruczoły wkrewne, to jest jajniki, tarczycę i przysadkę. Przy stosowaniu dawek małych, to jest dawek drażniących, doszliśmy do przekonania, że zbyt intensywne i w ilości i sile nagrzewanie falami krótkimi, prowadzi do zmniejszenia ilościowego miesiączkowania i opóźnia termin prawidłowego miesiączkowania.

Istotne działanie fal krótkich na tkankę gruczołową dokrewną zdaje się polegać na przekrwieniu w gruczole nagrzewanym i okolicy, na wprowadzeniu do krwi większej ilości hormonu. Wnioskujemy, że tego rodzaju przekrwienie powoduje wzmożoną pracę i ożywienie czynności wewnętrzno-wydzielniczej gruczołu nagrzewanego, dotychczas może niedostatecznie czynnego. Biologicznym, o swoistych własnościach, wpływem fal krótkich zmieniamy czynność hormonalną danego zespołu gruczołów dokrewno-płciowych, oddziaływujących wzajemnie na siebie. Przez zadziałanie falą krótką wprost na nie wywieramy wpływ na układ nerwu błędnego i sympatycznego.

Wyniki lecznicze, uzyskane przez nas są zachęcające. Na *10* chorych z brakiem miesiączkowania lub skąpymi i spóźniającymi się miesiączkami uzyskaliśmy wyleczenie u *7* kobiet. Dużą poprawę uzyskaliśmy w *2* przypadkach ogólnego niedorozwoju z dziecięcością narządów rodnych i w *1* przypadku zespołu tłuszczowo-płciowego. Zbyt mała ilość przypadków dotychczas przez nas leczonych, powyżej opisanych, nie pozwala nam na wyciąganie daleko idących wniosków, o wartości fal krótkich dla leczenia zaburzeń wewnętrznego wydzielania gruczołów dokrewnych.

Na zakończenie, opierając się na uzyskanej poprawie i zbierając wyniki naszych doświadczeń, musimy stwierdzić co następuje: diatermia krótkofalowa w zakażeniach ogólnych i miejscowych w połogu, zastosowana na narząd rodny, wątrobę i śledzionę, przez skórę, dawała w naszych przypadkach pra-

wie zawsze wyleczenia. Największe skupienia histiocytów, mających zdolność fagocytozy, znajdują się w wątrobie, śledzionie, skórze i układzie limfatycznym, które pobudzone falami krótkimi dają wzmożoną i jednolitą czynność obronną. Układ siateczkowo-śródbłonkowy tych narządów bierze czynny udział w odtruwaniu i w walce z zakażeniem ustroju. W zapalnych zmianach narządu rodnego i otoczenia w okresie ostrym i podostrym diatermia krótkofalowa jest podstawowym i niemal jedynym sposobem leczenia, przy odpowiednim wskazaniu i indywidualizacji w sposobie leczenia. Natomiast zmiany zapalne o charakterze przewlekłym nie są wyłącznym terenem dla fal krótkich, jednak i tu wykazać można dużą poprawę. Leczenie nagrzewaniami krótkofalowymi można uważać jako sposób uzupełniający inne leczenie. Wyższość diatermii krótkofalowej w porównaniu z długofalową, w tych przypadkach była oczywista. Skutki działania fal krótkich na gruczoły dokrewno-wydzielnicze i uzyskane wyniki przemawiają za stosowaniem fal krótkich w czynnościowych zaburzeniach gruczołów wkrewnych. Użyć ich można dla bliższego poznania istoty działania i uzupełnienia leczenia. Istotne działanie fal krótkich i ultrakrótkich na tkankę żywą i procesy życiowe w niej się odbywające jest jednak za mało poznane i dlatego pozostaje zagadnieniem nierozwiązanym.

Dr W. JANKOWSKI. St. Asyst. Kliniki Lwów

Powikłania wewnątrzczaszkowe zapalenia ucha środkowego

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr Teofil Z a l e w s k i

Ciąg dalszy

Pozostaje jeszcze do omówienia 1 przypadek, który należało by raczej wliczyć do grupy piątej, tj. grupy obejmującej przypadki ropnia mózgu, ponieważ jednak nakłucia mózgu stale wypadały ujemnie, trudno go zaliczyć do tej grupy, a jednocześnie nie ma podstaw zaliczenia go do grupy czwartej. Przypadek ten dotyczy mężczyzny, lat 42. Od dzieciństwa wyciek z ucha po szkarlatynie, ostatnio wystąpiło zaostrzenie sprawy ropnej. Neurologicznie stwierdzono niemotę czuciową, objaw Babińskiego zaznaczony. Przy operacji doszczętnej ucha lewego stwierdzono perlak oraz odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które większych zmian nie wykazywały; nakłucie mózgu z wynikiem ujemnym. Przez następne trzy dni wymioty, potem wymioty ustąpiły. Neurologicznie: niemota, utrata pamięci, perseweracja, zbaczanie języka w prawo, objaw Babińskiego zaznaczony po prawej. Okulistycznie nie stwierdzono zmian. Dziesiątego dnia po operacji zmiany psychiczne: chory euforyczny, stale się uśmiecha, sam nie rozmawia, na pytania odpowiada często błędnie, polecenia proste spełnia, trudniejszych zaś nie spełnia; przedmioty łatwe nazywa, potem przy następnym przedmiocie powtarza nazwę poprzedniego. Czyta płynnie, czasami zacina się przy niektórych wyrazach, wtedy przeskakuje je zupełnie, lub wymawia kilka początkowych liter; czasami słowo lub kilka zastępuje nieartykułowanym dźwiękiem; czasami konfabuluje w czytaniu; streścić przeczytanego nie potrafi. Perseweracja tak w piśmie, jak i w mowie. Chorego dla obserwacji przeniesiono na Klinikę Neurologiczną, gdzie ostatecznie przechylono się do rozpoznania ropnia mózgu. Przy powtórnej trepanacji odsłonięto na przestrzeni około 1 złotówki dół czaszkowy środkowy. Wykonano wielokrotne nakłucia mózgu w różnych kierunkach i na różną głębokość, ropnia jednak nie stwierdzono. Po naradzie z neurologiem odsłonięto następnie przez zdłutowanie części kości skroniowej i części czołowej dół czaszkowy przedni i w tym miejscu nakłuto kilkakrotnie mózg, i te nakłucia dały wynik ujemny. Chory ostatecznie po 2 tygodniach po ostatniej operacji, na żądanie rodziny opuścił Klinikę w stanie psychicznie niezmienionym. Chory przebywał w obserwacji klinicznej łącznie około 2 miesiące. O dalszych losach chorego nie mamy wiadomości.

Grupę piątą stanowią przypadki powikłań mózgowych; obejmuje ona 11 przypadków ropni mózgu i 7 przypadków ropni móżdżku. Z 11 przypadków ropni mózgu 10 dotyczyło mężczyzn a 1 kobiety.

Przypadek 1. Mężczyzna, lat 23, u. p. Od dzieciństwa ropotok po stronie prawej. Od 6 tygodni wznowienie wycieku, bóle głowy. Wykonano operację doszczętną ucha prawego, przy czym stwierdzono obecność perlaka oraz odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które większych zmian nie wykazywały. W 5 dniu wystąpiły bardzo silne bóle głowy, wymioty i zawroty głowy. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, ilość ciałek białych nieco zwiększona. Okulistycznie stwierdzono nieznaczne zmiany zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego lewego, które po dwóch dniach ustąpiły. Po 40 dniach chory opuszcza Klinikę. Po 10 dniach przywieziono go powtórnie do Kliniki w stanie nieprzytomnym, w którym przebywał od dwóch dni. Badanie neurologiczne przemawia za ropniem mózgu. Przy powtórnej trepanacji nakłuto mózg i otrzymano ropę na głębokości 1 cm. Ropień nacięto i zdrenowano; przy operacji wypuszczono około 50 cm³ ropy z ropnia mózgu. Po operacji przytomność wróciła. Stan ten jednak już po 4 dniach ponownie uległ pogorszeniu, utrata przytomności, ciepłota 39°, piątego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: ropień mózgu płata skroniowego znacznych rozmiarów z przebiciem do komory bocznej.

Przypadek 2. Mężczyzna, lat 35. Ropotok od wielu lat, od dwóch tygodni bóle głowy. W dniu przyjęcia wymioty. Bardzo silne bóle głowy, chory zamroczony. Wybitna sztywność karku, objaw Kerniga i Lassegue'a dodatni. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, 12.000/3 leukocytów. Operacją doszczętną ucha prawego stwierdzono perlaka, odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które były zgrubiałe i pokryte lekkim nalotem włóknikowym. Nakłucie mózgu ku górze i ku środkowi odkryło w głębokości około 5 cm ropień mózgu. Mózg nacięto, po igle założono dren gumowy wraz z setonem z gazy. Podano urotropinę dożylnie. W nocy chory spokojniejszy, bóle głowy ustąpiły. Rano ponownie bóle głowy, chory zamroczony. Zmiana opatrunku, wyjęto dren, w ropniu stwierdzono nieco zalegającej ropy. Nakłucie lędźwiowe: płyn mętny, odczyn Pandy wybitnie dodatni, leukocytów 34.000/3. Na drugi dzień zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: opony na sklepieniu mózgu bez zmian, na podstawie pokryte ropą. Zwoje wybitnie spłaszczone. W płacie skroniowym ropień wielkości jabłka, odgraniczony od komory cienką ścianą, w której znajduje się otwór, prowadzący do komory. Tak jama ropnia, jak komora prawa pokryta błoną ropotwórczą, ropa znajduje się we wszystkich komorach, dren tkwił w jednej części ropnia.

Przypadek 3. Kobieta, lat 38. Ropotok od dłuższego czasu. Od paru dni zawroty głowy, wymioty, podwyższenie ciepłoty, oczopląs na lewo, zwolnienie tętna. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny pod ciśnieniem. Sztywność karku wybitna, objaw Lassegue'a i Kerniga obustronnie dodatni, objaw Babińskiego po lewej stronie zaznaczony, objaw Romberga zaznaczony; chora pada w tył przy staniu. Chód ataktyczny. Okulistycznie nie stwierdzono zmian. Operacja doszczętna ucha prawego, przy czym stwierdzono obecność perlaka, odsłonięto zatokę, która nie wykazywała większych zmian oraz opony środkowego dołu czaszkowego, które były zgrubiałe i pokryte ropą. Nakłucie mózgu ku górze i ku środkowi wykazało obecność ropy. Ropień nacięto i zdrenowano za pomocą gumki złożonej w harmonijkę. Następnego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis purulenta diffusa, abscessus lobi temporal. dextr.* Z ropy ropnia mózgu wyhodowano pałeczki odmieńca.

Przypadek 4. Chłopiec, lat 12. Wyciek z ucha od kilku lat. Od 5 dni bóle głowy, od 2 dni sztywność karku. Objaw Kerniga zaznaczony. Okulistycznie zmian nie stwierdzono. Przy operacji doszczętnej ucha lewego stwierdzono perlaka oraz odsłonięto zatokę żylną, nieco zgrubiałą; w zatoce stwierdzono zakrzep. Poza tym odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które były nieco zgrubiałe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy o zawartości 25.256/3 leukocytów oraz 7.256/3 limfocytów, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni, odczyn Nonne dodatni. Z ropy wyhodowano pałeczki odmieńca. W kilka dni sztywność ustąpiła, natomiast wystąpił wybitny niedowład spastyczny po prawej stronie; niemota sensoryczna, co każe podejrzewać ropień mózgu. Przy powtórnej trepanacji nakłuto mózg ku górze, równolegle do łuski kości skroniowej, na głębokości około 2 cm natrafiono na ropień płata skroniowego, ropień nacięto. Ropień ten zawiera około 50 cm³ ropy. Zgłębnikiem wchodzi się ku górze i ku tyłowi w głąb na 8 cm, założono sączek w postaci gumki złożonej w harmonijkę. Zdjęcie kontrastowe jamy ropnia wykazało dużą jamę kształtu podłużnego, zgiętą kolankowato ku tyłowi, leżącą tuż przy łusce kości skroniowej. Stan chorego nie poprawił się, 27 dnia zejście śmiertelne. Sekcji nie wykonano.

Przypadek 5. Mężczyzna, lat 22. Od 4 lat wyciek z ucha. W ostatnich dniach pogorszenie, zawroty głowy, oczopląs na prawo. W dniu przyjęcia chory wymiotował, utrata przytomności, drgawki kloniczne, sztywność karku. Operacja doszczętna po stronie prawej wykazała obecność perlaka, przy czym odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które okazały się nieco zgrubiałe. Opony te były napięte, przekrwione, w pewnej chwili podczas operacji pękły, przy czym wydobyła się ropa. Do jamy opróżnionej z ropy założono gumkę, złożoną w harmonijkę. Na-

kłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny. Chory bez gorączki, trzeciego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: ropień mózgu, płata skroniowego prawego, drążący w kierunku przyśrodkowym i ku dołowi ku podstawie czaszki, zapalenie opon ropne. Z ropy ropnia wyhodowano gronkowce i pałeczki gramujemne.

Przypadek 6. Mężczyzna, lat 25. Od 12 lat wyciek z ucha lewego, od kilku dni zaostrzenie, jednak bez podwyższenia ciepłoty. Wykonano operację doszczętną ucha lewego, przy czym stwierdzono obecność perlaka i odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które nie wykazywały większych zmian. Po zabiegu wieczorami bóle głowy i ciepłota do 38°. W dwa tygodnie później powtórna operacja; nakłucie mózgu wykazało obecność ropnia płata skroniowego. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Po powtórnej operacji utrzymuje się podwyższenie ciepłoty przez 4 dni, potem powolny spadek ciepłoty ciała. Przy zmianie opatrunków nie stwierdza się zastoju ropy. Niekiedy występują wymioty. W 5 tygodni po pierwszej operacji zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis diffusa, abscessus lobi temporal. sin.*

Przypadek 7. Mężczyzna, lat 27. Wyciek z ucha od 2 lat, od 10 dni bóle i zawroty głowy, nudności, wymioty. Neurologicznie: ślad sztywności karku; nakłucie lędźwiowe wykazało płyn jasny, odczyn Pandy dodatni, odczyn Nonne-Appelt zaznaczony. Wykonano operację doszczętną ucha prawego, przy czym stwierdzono obecność perlaka, poza tym odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które okazały się cokolwiek zgrubiałe, przekrwione, nie tętniące. Nakłuto mózg, przy czym stwierdzono ropę, ropień nacięto i zdrenowano gumką, złożoną w harmonijkę. Chory przez następne 3 dni czuje się względnie dobrze, bóle głowy ustąpiły. W piątym dniu podwyższenie ciepłoty ciała do 40°. Internistycznie stwierdzono stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej. Nakłucie opłucnej wykazało płyn surowiczoropny. Chorego przeniesiono do resekcji żebra na Klinikę Chirurgiczną, skąd po 10 dniach został z powrotem przeniesiony. Neurologicznie: objaw Kerniga zaznaczony, sztywność karku, poza tym stwierdzono wytrzeszcz oka prawego oraz obrzęk części miękkich oczodołu. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. Po kilku dniach stwierdzono ropień w częściach miękkich, pod skórą ciemienia prawego. Trzynastego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *abscessus cerebri, lobi temporal .dextr. et cerebelli lateris dextr. Meningitis circumscripta. Pyothorax dextr. Abscessus metastaticus pulmon. sin.*

Przypadek 8. Mężczyzna, lat 28. Wyciek od kilku lat; od tygodnia bóle i zawroty głowy, ciepłota do 39°. W dniu przyjęcia wymioty, sztywność karku. Wykonano operację doszczętną ucha prawego, przy czym stwierdzono obecność perlaka oraz odsłonięto zatokę żylną i opony środkowego dołu czaszkowego, które nie wykazywały większych zmian. Po trzech dniach chory niespokojny, chwilami nieprzytomny. W trzecim dniu nakłucie mózgu w płacie skroniowym wykazało obecność ropy, ropień nacięto i zdrenowano. Chory nadal nieprzytomny, płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, zawiera dużo białka. Szóstego dnia zejście śmiertelne. Sekcji nie wykonano.

Przypadek 9. Mężczyzna, lat 20. Od 3 lat wyciek z ucha, wykonano operację doszczętną ucha prawego, przy czym stwierdzono obecność perlaka i odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego. Nakłucie mózgu wykazało ropę, ropień nacięto i zdrenowano. Chory stale bez ciepłoty. W dalszym przebiegu wystąpił zanik pamięci, utrzymujący się przez około 4 tygodnie. Po 10 tygodniach chory opuścił Klinikę wyleczony.

Przypadek 10. Mężczyzna, lat 35. Wyciek z ucha od 8 miesięcy, od 2 tygodni zaostrzenie, lekkie zawroty głowy. Operacja doszczętna ucha lewego wykazała obecność perlaka. Odsłonięto również opony środkowego dołu czaszkowego. Po operacji chory bez ciepłoty, bóle głowy ustąpiły. Piątego dnia pogorszenie, siódmego dnia nagle wystąpiły ciężkie objawy, jak sztywność karku, ciepłota 39,3°; okulistycznie stwierdzono tarczę zastoinową, tegoż samego dnia zejście śmiertelne. Nakłucia mózgu nie wykonano. Sekcja wykazała w płacie skroniowym lewym duży ropień, który przebił do komory bocznej.

Przypadek 11. Mężczyzna, lat 21. Od drugiego roku życia wyciek po płonicy. Od półtora tygodnia bóle ucha prawego i bóle głowy, ciepłota ciała 38,5°, od 6 dni wymioty, zamroczenia. Stan chorego w chwili przyjęcia ciężki, chory zamroczony, ciepłota ciała 37,6°, tętno zwolnione, sztywność karku. Neurologicznie stwierdzono zapalenie opon z podejrzeniem o ropień mózgu. Operacja doszczętna ucha prawego wykazała obecność perlaka, przy czym odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które były zgrubiałe, pokryte ziarniną, a w nich stwierdzono przetokę do płata skroniowego. Z przetoki wydobywa się nieco wydzieliny ropnej. Ropień mózgu drenowano gumką, złożoną w harmonijkę. Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. Chory bez gorączki, czuje się dobrze, w 2 tygodnie po operacji chory poczyna chodzić, w 5 tygodni rana wygoiła się. Dziewiątego tygodnia wykonano operację doszczętną ucha lewego, a w dwa tygodnie po tej operacji rana za uchem lewym zagojona, chory wyleczony opuszcza klinikę.

Na 11 przypadków ropnia mózgu, w 10 rozpoznano bądź przed operacją lub w czasie operacji, ropień mózgu.

W przypadku 7. nie wykryto ropnia móżdżku, który istniał obok ropnia mózgu po tej samej stronie, w jednym przypadku (10) nakłucia środkowego dołu czaszkowego nie wykonano, ropień mózgu nie dawał u tego chorego żadnych objawów, a cięższe objawy wystąpiły ostatniego dnia, z chwilą przebicia ropnia do komory.

Na 11 przypadków 8 było po prawej, a 3 po lewej stronie. Wyleczono 2 przypadki, zmarło 9 przypadków.

Przypadek pierwszy jest przykładem ropnia mózgu z objawami surowiczego zapalenia opon mózgowych (tzw. *meningitis concomitans* lub *meningitis serosa).* Podejrzenie o ropień mózgu nasuwa się w takim przypadku przy uwzględnieniu ciężkich objawów powikłania wewnątrzczaszkowego: jak bóle głowy, zamroczenie, wymioty itp., przy czym płyn mózgowo-rdzeniowy wykazywał tylko nieznacznie zwiększoną ilość ciałek białych oraz zwiększenie białka. Chory zmarł skutkiem przebicia ropnia do komory. Przypadek drugi jest natomiast przykładem ropnia mózgu z równoczesnym ropnym zapaleniem opon mózgowych. Ponieważ tak ściany ropnia, jak i komora prawa, do której przebił ropień, pokryte były ropotwórczą błoną, należy przypuszczać, że przebicie nastąpiło dawniej, zapewne przed zgłoszeniem się na Klinikę. Podobnie w przypadku trzecim i piątym również chory zgłosił się na Klinikę w ostatnim okresie, kiedy zakażenie z ropnia mózgu objęło opony. W obu przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło drugiego lub trzeciego dnia pobytu na Klinice. W przypadkach tych zabieg chirurgiczny wykonano zbyt późno. Natomiast w przypadkach czwartym i szóstym widzimy po zabiegu operacyjnym przejściowe polepszenie się stanu chorego, trwające 4—5 tygodni. W przypadku siódmym wystąpiły powikłania ze strony opłucnej i płuc. mianowicie ropne zapalenie opłucnej, przerzutowe ropnie płuc; również przyszło do wytworzenia się ropnia móżdżku, którego pochodzenie trudno ustalić. Na sekcji nie stwierdzono łączności tegoż ropnia z ropniem mózgu; ponieważ równocześnie stwierdzono przerzutowe ropnie opłucnej i płuc, można by przypuścić, że i ropień móżdżku powstał na drodze przerzutowej. Niestety, drobnowidowego badania mózgu i móżdżku nie wykonano, trudno więc jest orzec, jakiego pochodzenia był ropień móżdżku.

Zmiany na dnie oka stwierdziliśmy w przypadku 11., tj. tarcza zastoinowa na dnie oka po stronie operowanej oraz w przypadku pierwszym tarcza zastoinowa po stronie przeciwnej.

Z objawów ogniskowych należy wymienić niemotę czuciową w przypadku czwartym, u tego chorego wystąpił równocześnie spastyczny niedowład po stronie przeciwnej. Perlaka stwierdzono we wszystkich przypadkach. Zmiany opony twardej przedstawiały się następująco: w 4 przypadkach opona była bez większych zmian, w 5 zgrubiała, w 3 pokryta ziarniną i ropą. W 1 przypadku stwierdzono zakrzep zatoki.

Ropni móżdżku mieliśmy 7, w tym 4 mężczyzn i 3 kobiety.

Przypadek 1. Mężczyzna, lat 22. Od 10 lat ropotok, od 2 tygodni ból ucha i głowy, od tygodnia wymioty oraz bóle coraz większe. Przy przyjęciu stwierdza się przewód zewnętrzny lewy wypełniony ziarniną. Neurologicznie stwierdza się: sztywność karku, objaw Kerniga i Lassegue'a zaznaczony, adiadochokineza po lewej stronie, oczopląs na prawo; podejrzenie o ropień móżdżku. Wykonano operację doszczętną po stronie lewej, przy czym stwierdzono perlaka oraz odsłonięto opony tylnego dołu czaszkowego, które były zgrubiałe, jak również zgrubiałą zatokę żylną. Tylny dół czaszkowy nakłuto, przy czym stwierdzono ropę, ropień móżdżku nacięto i zdrenowano. Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, odczyn Pandy dodatni. leukocytów 834/3, limfocytów 96/3. Po operacji stan dobry, nie wymiotuje. Neurologicznie: sztywność karku na 4 palce, objaw Kerniga obustronnie dodatni, adiadochokineza, na lewej ręce zaznaczony bezład. Codziennie zmiana opatrunku, przy czym z ropnia wydobywa się stale nieco ropy. Wystąpiło pogorszenie, bóle głowy, zawroty, podwyższenia ciepłoty. 7 dnia nakłucie lędźwiowe: odczyn Pandy dodatni, leukocytów 25/3, limfocytów 17/3. Oczopląs poziomy w obie strony. Podniebienie po lewej stronie nieco niżej ustawione, adiadochokineza zaznaczona. Rana powoli zaciąga się tak, że po 20 dniach dren nie daje się już wprowadzić, objawów oponowych i zaburzeń psychicznych brak, niezborność ręki ustąpiła. Po 3 miesiącach chory zdrów opuszcza klinikę.

Przypadek 2. Kobieta, lat 13. Przed dwoma miesiącami po przeziębieniu bóle ucha, gorączka do 41°, chora zgłosiła się do szpitala na prowincji, gdzie dokonano operacji, po 3 tygodniach powróciła do domu, ponowne pogorszenie, wymioty, bóle głowy. Ponowna operacja w szpitalu. Przez 4 tygodnie chora czuła się dobrze leżąc w szpitalu, po powrocie do domu ponownie wymioty i bóle, chorą jeszcze raz przyjęto do szpitala do ponownej operacji. Stan chorej polepszył się, po 4 tygodniach chorą wypisano. Obecnie znowu gwałtowne bóle głowy. Jak z powyższego wynika, w szpitalu wykonano najpierw antrotomię, potem operację doszczętną i retrepanację. Chora w chwili przyjęcia wykazywała oczopląs w chorą stronę, bóle głowy, objawy oponowe, adiadochokinezy brak. Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, odczyn na białko zaznaczony, leukocytów 14/3, limfocytów 82/3. Okulistycznie stwierdzono tarczę zastoinową. Wykonano operację, przy czym stwierdzono: zatokę zgrubiałą pokrytą ziarniną, wewnątrz zakrzep. Nakłucie środkowego dołu czaszkowego ujemne, na głębokości 2 cm płyn mózgowo-rdzeniowy (*hydrocephalus),* nakłucie tylnego dołu czaszkowego wykazało obecność ropy. Ropień nacięto, z ropy tej wyhodowano paciorkowca hemolitycznego. Przez następne kilka dni stan chorej bardzo ciężki, tętno słabe, 140 uderzeń na minutę, ciepłota ciała do 37,6°. Neurologicznie: oczopląs w obie strony, brak niezborności, adiadochokineza ujemna. Nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, odczyn na białko dodatni, leukocytów 12/3, limfocytów 120/3. Dren zamieniono na gumkę, złożoną w harmonijkę. Po kilkunastu dniach znaczna poprawa, objawy powikłania wewnątrzczaszkowego ustąpiły, rana powoli zaciągnęła się, w 9. tygodniu usunięto gumkę, ostatecznie nastąpiło wyleczenie. Chorą tę mieliśmy jeszcze sposobność obserwować w przeciągu paru miesięcy.

Przypadek 3. Kobieta, lat 20. Wyciek od dzieciństwa. Od 3 tygodni zawroty i bóle głowy, wymioty, bóle ucha. W przewodzie zewnętrznym stwierdzono polipy. Neurologicznie: lekka sztywność karku, oczopląs w prawo. Okulistycznie: tarcza zastoinowa obustronna. Wykonano operację doszczętną ucha lewego, przy czym stwierdzono obecność perlaka, odsłonięto również kanał półkolisty poziomy oraz zatokę poprzeczną, która nie wykazywała zmian, odsłonięto również opony środkowego dołu czaszkowego, które nie wykazywały zmian. Po operacji lekkie bóle głowy i stany podgorączkowe. Po dwóch tygodniach pogorszenie, silne bóle głowy; neurologicznie: adiadochokineza po lewej stronie zaznaczona; przy chodzeniu chora zatacza się na prawo. Okulistycznie: obrzęk obu tarcz nerwu wzrokowego. 21 dnia rewizja rany, opony środkowego dołu czaszkowego wypuklone ku dołowi, nakłucie z wynikiem ujemnym. Nakłuwano tak przedni, jak i tylny dół czaszkowy. Tego samego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: zwoje spłaszczone, bardzo duży *hydrocephalus internus,* wywołany przez ucisk na *aquaeductus cerebri,* przez ropień lewego płata móżdżku w części przedniodolnej, wielkości małego bobu.

Przypadek 4. Kobieta, lat 12. Po płonicy wyciek z ucha lewego od 3 lat. Przed dwoma tygodniami po kąpieli wymioty, zawroty głowy, dreszcze, gorączka. Bóle na szyi wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Neurologicznie objaw Kerniga zaznaczony, podniebienie miękkie po lewej stronie gorzej się napina i niżej ustawione. Operacja doszczętna ucha lewego, przy czym stwierdzono obecność perlaka oraz odsłonięto zatokę żylną, która zmian nie okazała. Po zabiegu wystąpiła lekka sztywność karku, ciepłota do 40°. Na drugi dzień wysoka ciepłota utrzymuje się nadal, senność, oczopląs w obie strony. Retrepanacja, przy czym stwierdzono, ropne zapalenie labiryntu, odsłonięto zgrubiałe opony tylnego dołu czaszkowego, a w nich stwierdzono przetokę, którą rozszerzono, przy czym stwierdzono ropień móżdżku. Założono dwa cienkie dreniki gumowe owinięte gazą. Przez 10 dni utrzymuje się ciepłota septyczna. Przy opatrunkach stwierdzono zaleganie ropy w jamie ropnia, jamę przepłukano. Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn mózgowo-rdzeniowy dość jasny, leukocytów 140/3, limfocytów 40/3, wzmożona ilość białka. Po 10 dniach od ostatniej operacji zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono zakrzep zatoki esowatej, ropień móżdżku, zapalenie płuc.

Przypadek 5. Mężczyzna, lat 27. Wyciek od 1½ roku. Od 6 tygodni zawroty głowy, czasami występowały wymioty, okresowo zwyżki ciepłoty ciała do 40°. Od 4 dni bóle ucha, oczopląs poziomy w obie strony, chory pada na prawo, chód móżdżkowy na szerokiej podstawie, nerw twarzowy prawy nieco gorszy, adiadochokineza i bezład po lewej, objaw Babińskiego po lewej zaznaczony. Operacja doszczętna ucha lewego, przy czym stwierdzono obecność perlaka. Odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego, które były nieco zgrubiałe. Również odsłonięto zgrubiałą zatokę żylną, a w niej stwierdzono zakrzep. Nakłucie tylnego dołu czaszkowego wykazało na głębokości 2 cm ropę. Ropień otwarto i założono sączek gumowy. Codzienne zmiany opatrunku. Chory bez gorączki. Stan dobry utrzymywał się przez 28 dni. Potem pogorszenie, wymioty, bóle głowy. Chorego przeniesiono z powodu zamknięcia Kliniki na Oddział Uszny Szpitala Powszechnego, gdzie chory zmarł. Sekcja potwierdziła rozpoznanie.

Przypadek 6. Mężczyzna, lat 12. Od tygodnia bóle ucha, zawroty głowy. Przy badaniu stwierdzono przewlekłe ropienie z obu uszu, obecność polipów w przewodach zewnętrznych. Chory nieprzytomny. Operacja doszczętna obustronna. Po prawej stronie stwierdzono obecność perlaka, odsłonięto zgrubiałą zatokę żylną, a w niej zakrzep. Poza tym odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które większych zmian nie wykazywały. Nakłucia mózgu, ani móżdżku nie wykonano. Po lewej stronie zatoka przodująca bez większych zmian. Po zabiegu sztywność karku nadal się utrzymuje. Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. Drugiego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: ropień móżdżku po prawej stronie wielkości małego jaja kurzego, umieszczony w przedniej dolnej części móżdżku.

Przypadek 7. Chłopiec, lat 12. Ropotok od 4 roku życia, po płonicy. Od kilku dni bóle ucha, ciepłota, bóle głowy, wymioty. Przy przyjęciu stwierdzono oczopląs, ciepłota ciała 40°, dreszcze. Operacja doszczętna ucha lewego, przy czym stwierdzono obecność perlaka, zatoka zgrubiała, pokryta zielonym nalotem, wypełniona zakrzepem, zatokę nacięto. Opony środkowego dołu czaszkowego zgrubiałe, przekrwione, opony tylnego dołu czaszkowego również zgrubiałe i pokryte nalotem. Nakłucie móżdżku z wynikiem ujemnym. Po zabiegu stan nadal ciężki, senność, zamroczenie, bóle głowy. Czwartego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała ropień móżdżku dość znacznych rozmiarów.

Na 7 ropni móżdżku wyleczono dwa przypadki, zmarło zaś pięć. W dwóch przypadkach ropień umiejscowiony był po prawej, w pięciu po lewej stronie. Za życia otwarto i zdrenowano ropień w 4 przypadkach. W 3 przypadkach stwierdzono ropień dopiero na sekcji. W przypadku 3. i 7. przeprowadzono nakłucie tylnego dołu czaszkowego, nakłucie to jednak ropni nie wykazało. W przypadku 6. nakłucia móżdżku nie wykonano. Chorego przywieziono na Klinikę w stanie nieprzytomnym, wskutek czego dokładne badanie neurologiczne było niemożliwe. Chory ten zmarł w kilka godzin po operacji i dopiero sekcja uzupełniła nasze rozpoznanie.

Zmiany na dnie oka wystąpiły w przypadku 2 i 3. Objawy móżdżkowe wystąpiły wyraźniej w przypadkach 1, 3 i 5. Płyn mózgowo-rdzeniowy był we wszystkich przypadkach jasny, wykazywał tylko nieznaczne powiększenie ilości ciałek białych oraz zwiększenie białka. Perlaka stwierdzono 6 razy. Zmiany anatomiczne, stwierdzone przy operacji, były następujące: 2 razy opony większych zmian nie wykazywały, w 5 przypadkach opony były zgrubiałe, niekiedy pokryte nalotem włóknikowym. Zakrzep zatoki esowatej stwierdzono w 4 przypadkach. Objawy ze strony nerwów mózgowych wystąpiły: w przypadku 5. nerw twarzowy słabszy po stronie przeciwnej, w przypadku 1 i 4, podniebienie miękkie gorzej ruchome po stronie chorej.

Szóstą grupę stanowią przypadki posocznicy.

Objawy posocznicy bez objawów oponowych wystąpiły w 8 przypadkach, w tym u 6 mężczyzn i 2 kobiet. Bliżej przypadków tych omawiać nie będę, ponieważ nie dawały one objawów oponowych, wspominam o nich dlatego, że w 4 przypadkach na 8, stwierdzono przy operacji zakrzep zatoki esowatej. Z 8 chorych zmarło 4; trzech z powodu ropnia płuc, u jednego zaś stwierdzono obrzęk mózgu. Leczenie polegało, poza operacyjnym usunięciem źródła zakażenia, na podawaniu środków bakteriobójczych. W dwóch przypadkach podwiązano żyłę szyjną wewnętrzną, przy czym objawy posocznicy utrzymywały się. W jednym przypadku po podwiązaniu wystąpił zaraz po operacji obrzęk twarzy po stronie operowanej, trwający kilka godzin. Że podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej nie zawsze przechodzi bez powikłań, świadczą o tym ogłaszane przypadki; np. Mann (45) widział po podwiązaniu jej zaburzenia psychiczne, niemotę, niedowład prawej ręki.

W innych przypadkach posocznicy spostrzegano także objawy oponowe, przypadków takich było 14, w tym 9 mężczyzn i 5 kobiet. Zmarło 10 chorych, przy czym w 4 przypadkach przyczyną zejścia śmiertelnego były przerzutowe ropnie płuc a w jednym przypadku śmiertelnym, obok nieznacznych objawów oponowych, wystąpiły, mimo podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej, liczne przerzutowe ropnie do tkanki podskórnej i stawów (razem około 10 ropni). W 4 następnych śmiertelnych przypadkach wystąpiły obok ciężkich objawów posocznicowych

jak: dreszcze, wysoka gorączka, wysoka leukocytoza, również i silnie zaznaczone objawy oponowe, jak sztywność karku, płyn mózgowo-rdzeniowy o bardzo dużej zawartości białka i leukocytów. Z tych przypadków u 2 stwierdzono na sekcji zapalenie opon mózgowych, u jednego chorego sekcji nie wykonano, w przypadku czwartym wystąpiło ropne zapalenie opłucnej; chorego tego, mimo ciężkich objawów oponowych, na własne żądanie zabrano do domu, gdzie wkrótce zmarł. *Ostatni przypadek* dotyczy kobiety, lat 22, która zgłosiła się do Kliniki z silnymi objawami oponowymi: sztywność karku, przeczulica, płyn mózgowordzeniowy, uzyskany przez nakłucie lędźwiowe był metny. Chora zmarła na drugi dzień po doszczętnej operacji. Sekcja wykazała: *thrombophlebitis sinus sigmoidei, hyperemia et suffusiones leptomeningum, tumor lienis septicus.*

Wyleczono 4 przypadki — w *pierwszym* po początkowych ciężkich objawach, jak wymioty, sztywność karku itp., po operacji doszczętnej objawy te ustąpiły. *W przypadku drugim* utrzymywała się szczególnie długo gorączka septyczna, mimo doszczętnej operacji i mimo podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej, jeszcze przez 26 dni po ostatnim zabiegu. Gorączka ta była o wybitnym charakterze septycznym, dwa razy dziennie wyskoki ciepłoty od 36—41°. *W przypadku trzecim* po ustąpieniu objawów oponowych i posocznicowych wytworzyło się zapalenie ropne opłucnej. U chorego wykonano resekcję żebra. *Ostatni przypadek* dotyczy kobiety, lat 28, u której wystąpiło zaostrzenie sprawy przewlekłej w uchu prawym. Ciepłota ciała od kilku dni znacznie podwyższona, dochodziła do 40°. W chwili przyjęcia chora zamroczona, oczopląs poziomy w obie strony, nakłucie lędźwiowe: odczyn Pandy silnie dodatni, Nonne dodatni, leukocytów 16/3, limfocytów 80/3. Na dnie oka wybroczyny. Przy zabiegu doszczętnym odsłonięto zatokę zgrubiałą, wypełnioną zakrzepem. Opony środkowego dołu czaszkowego zgrubiałe, napięte, pokryte nalotami ropnymi, pękły. Spod opon wydzielina ropna. Założono drenaże, gumką złożoną w harmonijkę. Z ropy wyhodowano gronkowce i paciorkowce oraz pałeczki gramujemne. Przez następne 5 dni chora bez gorączki. Potem czasowo wyskoki gorączki. Stan tak miejscowy, jak i ogólny dobry. 26 dnia po operacji wytworzył się na pośladku ropień, który nacięto. Dalszy przebieg bez gorączki. Tymczasem rana za uchem oczyściła się, seton usunięto, rana zaciągnęła się. W 46 dni po operacji zwyżka ciepłoty ciała. W płucu prawym, tj. po stronie ucha chorego wytworzył się ropień wielkości dwóch pięści w kącie przeponowo-żebrowym. Chorą przeniesiono na Klinikę Chirurgiczną, gdzie ropień zdrenowano. Chora ostatecznie wyzdrowiała.

Zmiany anatomiczne, stwierdzone przy operacji, przedstawiały się w tej grupie przypadków następująco: w 2 przypadkach odsłonięto dół środkowy, w 6 tylny, a w 6 oba doły czaszkowe. W 7 przypadkach opony były zgrubiałe, przekrwione. W 5 przypadkach pokryte ziarniną ropną lub nalotami ropnymi, w jednym przypadku stwierdzono ropień w zatoce oraz w jednym przypadku stwierdzono ropień podoponowy w środkowym dole czaszkowym. W 11 przypadkach stwierdzono zakrzep zatoki esowatej, perlaka znaleziono 10 razy.

Porównując przypadki ostrego zapalenia z przypadkami zapalenia przewlekłego ucha środkowego, widzimy, że w stanach ostrych, operacyjnie leczyliśmy 54% przypadków, w przypadkach przewlekłych 52%. Z przypadków operowanych w stanach ostrego zapalenia 50% nie dawało żadnych powikłań, jak również zniszczenie kości u tych chorych nie było zbyt duże. W stanach przewlekłych podobnie 48% przypadków nie wykazywało większego zniszczenia kości, jak również nie dawało poważniejszych objawów.

Następna grupa obejmuje przypadki, w których zmiany kości były znaczne tak, że przyszło do odsłonięcia opon, te jednak nie wykazywały jakichkolwiek zmian. W przypadkach ostrego zapalenia obejmuje ta grupa 24,7% wszystkich operowanych chorych, w stanach przewlekłego zapalenia grupa ta obejmuje już tylko około 16% ogółu operowanych przypadków. Grupę następną tworzą te przypadki, w których nie było objawów oponowych, jednak stwierdzono u tych chorych przy operacji zmiany opony twardej. Grupa ta wynosi w stanach ostrego zapalenia 13%, w przypadkach zapalenia przewlekłego 8,4%. Godnym uwagi jest również fakt, że w przypadkach ostrych zmiany te dotyczyły głównie opon tylnego dołu czaszkowego (21 razy na ogólną liczbę 32 chorych), podczas gdy w przewlekłych ropieniach, zmiany tylnego dołu obserwowano w 13 przypadkach na ogólną ilość 23 chorych. Podkreślił to jako pierwszy Jansen (19), Aleksander (63), Körner.

Natomiast ciężkie przypadki, jak zapalenie opon lub ropnie mózgu wystąpiły w przypadkach ostrego zapalenia łącznie u 23 chorych, co stanowi około 9,4% ogółu operowanych chorych, w przypadku przewlekłego zapalenia wystąpiły powyższe ciężkie objawy u 64 chorych, co stanowi przeszło 23%. Jak widać w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego daleko częściej przychodzi do ciężkich zmian.

Powikłanie wewnątrzczaszkowe dochodzi głównie do skutku drogą bezpośrednią. Zakażenie z ucha przechodzi przez zapalnie zmienioną kość na oponę twardą, a stąd w głąb. Dlatego z powikłań wewnątrzczaszkowych na pierwszy plan, pod względem częstotliwości, wysuwają się zmiany opony twardej (Körner, Aleksander (63), M. Georke (1)).

W przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego stwierdziliśmy lekkie zmiany opony twardej 17 razy, wyrażające się tylko nieznacznym przekrwieniem opon. Z tego 9 razy nie doszło do wytworzenia się dalszych zmian, w 4 przypadkach rozwinęło się zapalenie opon miękkich, a w 4 przypadkach przyszło do wytworzenia się ropnia mózgu lub móżdżku. W 29 przypadkach zaobserwowano zgrubienie opony twardej, przy czym opona była pokryta ziarniną; więcej, niż w połowie tych przypadków nie doszło do głębszych zmian; w 2 przypadkach wystąpiła posocznica, u 10 chorych rozwinęło się ropne zapalenie opon miękkich, a w 2 przypadkach wytworzył się ropień mózgu. W przypadkach natomiast dużych zmian opony twardej, kiedy przyszło do wytworzenia się ropnia zewnątrzoponowego, u 8 chorych na 11, nie przyszło do wytworzenia się głębszych zmian. W 2 przypadkach powikłane zostały zapaleniem przestrzeni podpajęczej, a u jednego chorego rozwinęła się posocznica. W przebiegu więc ostrego zapalenia ucha, zmiany opony twardej stwierdziliśmy łącznie w 57 przypadkach, co stanowi 13,1% ogółu chorych, a 23,5% przypadków operowanych.

Przeglądając te same zmiany opony twardej w przypadkach przewlekłego zapalenia ucha środkowego, widzimy, że u 65 chorych opona twarda była mniej lub więcej zmieniona lub zgrubiała, z tego u 18 chorych nie widziano żadnych objawów, u 31 chorych przyszło do wytworzenia się zapalenia opon miękkich, a u 9 chorych wystąpił ropień mózgu i u 4 ropień móżdżku, a w 3 przypadkach wystąpiła posocznica. W 17 przypadkach opona twarda była pokryta ziarniną, często ropą, u 8 chorych przeszło zakażenie na opony miękkie, u 3 chorych wytworzył się ropień mózgu, a w 3 dalszych ropień móżdżku, w jednym przypadku wystąpiła posocznica. Ropni zewnątrzoponowych było łącznie 9 przypadków, w tym u 5 chorych proces zapalny zatrzymał się na oponie twardej, nie dając żadnych innych powikłań, w 4 przypadkach wystąpiło zapalenie opon miękkich. W przypadkach więc przewlekłego zapalenia ucha środkowego, zmiany opony twardej wystąpiły łącznie u 91 chorych, co stanowi 17,1% ogółu chorych, a 33,2% operowanych przypadków.

Jak z powyższego zestawienia wynika, opona twarda jest niejako wałem obronnym, przez który zakażenie nie może się przedostać, jak to widzimy w przypadkach np. ropni zewnątrzoponowych, w których nie było żadnych objawów oponowych. W innych przypadkach, mimo tej miejscowej obrony organizmu, przychodzi do wtargnięcia zakażenia w głąb. Jako wynik tej obrony organizmu, widzimy zapalne zgrubienie opony, wytwarzanie się ziarniny na zewnętrznej powierzchni opony. Na wewnątrz opony twardej wytwarza się często sklejenie przestrzeni podoponowej, a nawet podpajęczej. Wszystkie te procesy anatomicznie oddzielają ognisko zakażenia od nie zajętych przestrzeni podoponowych. W innych przypadkach natomiast widzimy, że zakażenie drąży w głąb pod opony, do mózgu, przy czym nie przychodzi do wytworzenia się większych zmian opony twardej. I tak widzieliśmy nieraz przy zapaleniach opon miękkich, jak również w przypadkach ropni mózgu lub móżdżku, że opona twarda była tylko nieznacznie zmieniona. W przypadkach tych zakażenie postępuje naczyniami chłonnymi, które, przechodząc przez oponę twardą, łączą niejako przestrzeń zewnątrzoponową, z przestrzenią, położoną poza oponą twardą (M. George (1)). Są to najczęstsze drogi postępowania zakażenia. Również zajęcie błędnika, a przez to i zajęcie wodociągu ślimaka, który, jak wiadomo, łączy perylimfę, z przestrzenią podpajęczą, ma również duże znaczenie w postępowaniu zakażenia. Tak samo zajęcie wodociągu przedsionka może doprowadzić do zakażenia *sacculus endolymphaticus*, który, jak wiadomo, leży między blaszkami opony twardej. Zakażenie wreszcie może postępować wzdłuż osłonek nerwu słuchowego lub twarzowego. Natomiast istnienie wrodzonych ubytków w górnej ścianie jamy bębenkowej, czy jamy wyrostkowej, czy też drogi poprzez szwy między częściami kości skroniowej itp., inne wrodzone miejsca, słabszej odporności nie mają, jak się zdaje w patologii ucha większego znaczenia. Wreszcie zakażenie może postępować drogą krwi, wytwarzają się wtedy ropnie przerzutowe do mózgu i móżdżku; w ten sposób prawdopodobnie powstał nasz pierwszy przypadek ropnia mózgu w przebiegu ostrego zapale-

nia ucha środkowego i przypadek ropnia móżdżku w przebiegu przewlekłego zapalenia, w którym otwarto ropień mózgu. Ropnie te więc wytwarzają się, podobnie, jak przerzutowe ropnie płuc i opłucnej.

Zaznaczyć należy, że w przypadkach, w których nie było objawów oponowych lub mózgowych, nie było też żadnych objawów porażennych ze strony nerwów mózgowych, jak również żadnych zmian na dnie oka. Wyjątkiem są dwa przypadki ropni zewnątrzoponowych tylnego dołu czaszkowego, w których przed operacją wystąpiło porażenie obwodowe nerwu twarzowego oraz w przypadku pierwszym wystąpił niedowład nerwów twarzowych, odwodzącego i trójdzielnego gałęzi motorycznej. Zmian anatomicznych, tłumaczących te porażenia przy operacji nie stwierdzono. Zaznaczyć należy, że nawet rozległe zmiany opony twardej nie dawały przeważnie same przez się wyraźniejszych objawów oponowych lub mózgowych. Przy zmianach opony twardej występuje surowicze podrażnienie opon miękkich *(m. concomitans)*. Do tego obrazu podrażnienia opon mogą się dołączyć objawy powikłań wewnątrzczaszkowych. Często przy operacji jesteśmy zaskoczeni niestosunkiem między stanem a obrazem klinicznym schorzenia, który nie okazuje żadnych objawów przemawiających za tak znacznymi powikłaniami wewnątrzczaszkowymi. Poza wyżej wspomnianymi trzema przypadkami, należy wymienić jeszcze przypadek zespołu objawów Gradeniego. Objawy te wystąpiły skutkiem rozległych zmian na szczycie piramidy; u chorego następnie dołączyły się lekkie objawy oponowe, dlatego też zaliczam ten przypadek do grupy następnej.

Również często występuje zakrzep zatoki esowatej. Zakrzep stwierdzono łącznie u 39 chorych, tj. w 6,8%.

W przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego wystąpił u 10 chorych, tj. w 4,1%, z tego dwa razy nie dawał żadnych objawów powikłania wewnątrzczaszkowego. W dwóch powyższych przypadkach stwierdzono poza tym raz zgrubienie opony twardej, a raz ropień zewnątrzoponowy tylnego dołu czaszkowego. W dwóch dalszych przypadkach wytworzyła się posocznica, podobnie i w tych przypadkach stwierdzono raz zgrubienie opony twardej, a raz ropień zewnątrzoponowy tylnego dołu czaszkowego. W jednym przypadku wystąpiły poza objawami posocznicy objawy oponowe, wreszcie w 4 przypadkach przyszło do wytworzenia się zapalenia opon miękkich, z tego 2 chorych zmarło. W tych ostatnich 4 przypadkach zmiany opony twardej były następujące: 3 razy opona twarda była zgrubiała, a raz większych zmian nie wykazała. W przypadkach ropni mózgu raz stwierdzono zarośnięcie zatoki esowatej. Na 10 przypadków w przebiegu ostrego zapalenia, zakrzep zatoki esowatej wystąpił 7 razy u mężczyzn, a 3 u kobiet; w tym 7 po prawej a 3 po lewej stronie.

Zakrzep zatoki esowatej w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego wystąpił łącznie 29 razy, tj. w 10,5%. W 6 przypadkach zakrzep nie dawał żadnych objawów, przy czym w przypadkach tych stwierdzono zmiany na oponie twardej: zgrubienie, nacieczenie zapalne, a w jednym ropień zewnątrzoponowy tylnego dołu czaszkowego. U 4 chorych wytworzył się stan septyczny, z tego u 3 chorych po operacji i częściowym usunięciu zakrzepu (zakrzep usunięto, jednak płynnej krwi nie otrzymano), objawy posocznicy cofnęły się, w czwartym przypadku nastąpiło zejście śmiertelne, u czterech tych chorych opona twarda również była zmieniona, szczególnie w przypadku czwartym, gdzie opony tylnego dołu czaszkowego były pokryte ropnym nalotem włóknikowym. Do zestawienia tego nie wliczam tych przypadków, w których wykonano podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej. W niektórych tych przypadkach stwierdzono następnie na sekcji zapalenie zakrzepowe żyły szyjnej. Bardzo często spotyka się zakrzep zatoki esowatej w przypadkach posocznicy z objawami oponowymi. Na 14 chorych u 11 wystąpił zakrzep zatoki esowatej. Przypadki te przebiegały niezwykle ciężko: zmarło 8 chorych, z tego 5 zmarło na posocznicę; 2 na ropne zapalenie opon, a w jednym przypadku sekcji nie wykonano, stąd trudno jest orzec, jaka była ostateczna przyczyna zejścia śmiertelnego. U wszystkich tych chorych stwierdzono zmiany opony twardej, niekiedy rozległe naloty ropne z ziarniną itp. W trzech przypadkach zakrzep schodził do żyły szyjnej wewnętrznej, wypełniając ją częściowo.

W przypadkach zapalenia opon miękkich, zakrzep wytwarzał się sporadycznie, mianowicie na 31 do tej grupy należących przypadków, zakrzep wystąpił tylko u 3 chorych. W przypadkach ropni mózgu stwierdzono zakrzep tylko w 1 przypadku. W przypadkach ropni móżdżku zakrzep wystąpił 4 razy.

Na 29 przypadków zakrzepu w przypadkach przewlekłych, po stronie prawej było 15, a po lewej 14, w tym mężczyzn było 17, kobiet 12. Łącznie na 39 przypadków po stronie prawej było 22, a po lewej 17 przypadków. Powikłania zatokowe według Körnera (20) zdarzają się częściej po stronie prawej, ponieważ zatoka i opuszka żylna jest najczęściej głębiej wcięta w kość po stronie prawej.

Jak z powyższego wynika, zakrzep zatoki występuje w przewlekłych zapaleniach częściej, niż w ostrych, w naszym materiale zakrzep w 74,3% był spowodowany przewlekłym zapaleniem. Podobnie i inni autorowie stwierdzają, że zakrzep występuje raczej w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, np. Blau w 63%, Lewin w 56,4% (27). Występowanie zakrzepu również zależne jest od budowy anatomicznej wyrostka sutkowego, mianowicie w przypadkach budowy pneumatyczne zakrzep ma występować częściej.

Podobnie, jak zmiany anatomiczne opony twardej, tak i zakrzep zatoki esowatej, same przez się nie dają zwykle silniejszych objawów powikłania wewnątrz-czaszkowego, zaznaczyć jednak należy, że zakrzep wystarcza dla wywołania patologicznego obrazu płynu mózgowo-rdzeniowego (Birkholz (2)) — w przypadku takim prócz zastoju, który sam przez się wystarcza do wywołania tych zmian, dochodzi też i czynnik toksyczny. Chodzi tu o tzw. *meningitis serosa (concomitans)*. Jak to widzieliśmy, zakrzep zatoki esowatej nieraz może przebiegać bezobjawowo. Na 39 ostrych i przewlekłych przypadków objawy septyczne wystąpiły u 20 chorych, tj. w 51,2%. Przy zajęciu zatoki szyjnej wewnętrznej może wystąpić ból wzdłuż przedniej krawędzi mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Również i bóle przy połykaniu mogą niekiedy wystąpić, tłumaczą to niektórzy autorowie zapaleniem otoczki nerwu językowo-gardłowego, który, jak wiadomo, razem z opuszką żyły szyjnej wewnętrznej przechodzi przez wspólny otwór. Przy współistnieniu kilku powikłań wewnątrz-czaszkowych, np. przy zapaleniu opon mózgowych, przy zakrzepie, przy obecności ropnia itp., trudno jest niekiedy orzec, który z objawów należy przypisać poszczególnemu powikłaniu.

Godne uwagi jest teoretyczne tłumaczenie powstawania zakrzepu w zatoce esowatej. Uderza nas łatwość występowania zakrzepu w tym miejscu. Otóż do powstawania zakrzepu potrzeba dwóch czynników, po pierwsze zmiany na śródbłonku naczyń (Marx (25)). Do wytworzenia tych zmian może przyjść bardzo łatwo, jeżeli uwzględnimy sąsiedztwo zapalnie zmienionych komórek sutkowych. Naturalnie zależne jest to od budowy anatomicznej wyrostka. W wyrostkach o budowie komórkowej zakrzep prędzej się wytworzy, niż w wyrostkach o budowie zbitej. Drugim czynnikiem jest zwolnienie obiegu krwi (Marx (25)). Otóż zatoka esowata ulega kilkakrotnemu załamaniu i uchodzi do opuszki żyły szyjnej wewnętrznej, która to opuszka jest znacznie obszerniejsza od końcowego odcinka zatoki, miejsce ujścia zatoki esowatej do opuszki jest też węższe niż przekrój zatoki i opuszki. Kształt zatoki i opuszki ma być zależny od długości czaszki. W czaszkach krótkogłowych warunki do wytworzenia się zakrzepu mają być lepsze. Kształt zatoki esowatej według Macewena (Gumiński (26)), ma być celowy w tym znaczeniu, że przeciwdziała nagłemu odpływowi krwi. Zatoki mózgowe, jak wiadomo, nie mają zastawek, stąd np. przy głębokim wdechu, kiedy występuje nagle duży spadek ciśnienia żylnego krwi, mogło by przyjść do nagłego odpływu krwi żylnej z mózgu, a stąd do poważnych zaburzeń mózgowych.

Zapalenia opon mózgowych cechują się silnymi bólami głowy często w okolicy potylicy lub czoła. Niekiedy występuje zamroczenie, senność, majaczenie. Charakterystyczna jest przeczulica czuciowa skóry, często występuje przeczulica na światło i wrażenia akustyczne. Wymioty należą do typowych objawów, również w przypadkach zapalenia opon występuje gorączka (Körner) często wysoka, do 40°, niekiedy połączona z dreszczami. Sztywność karku jest objawem bardzo charakterystycznym, szczególnie przy zapaleniu opon na podstawie mózgu. Jako wyraz patologicznego napięcia mięśni występuje objaw Kerniga i analogiczny do niego Lassegue'a. Również objaw Brudzińskiego jest objawem nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Tętno w przypadkach zapalenia opon mózgowych może być zwolnione, jednak zwolnienie to nie jest tak charakterystyczne, jak np. dla ropni mózgu lub móżdżku. Poza tym mogą występować objawy porażenne ze strony nerwów mózgowych, jak również i zmiany na dnie oka, wreszcie w rzadkich przypadkach mogą występować i objawy mózgowe lub móżdżkowe. Dotyczy to przypadków, w których zapalenie opon mózgowych przechodzi częściowo na mózg lub móżdżek. Przebieg zapalenia opon jest w każdym przypadku rozmaity i zależny od całego szeregu czynników, często nieuchwytnych. Wchodzi tu w grę zjadliwość drobnoustrojów i miejscowa, jak i ogólna odporność organizmu. W dużej mierze zależy i od nasilenia sprawy zapalnej w uchu.

Zapalenie opon mózgowych w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego widywaliśmy w 17 przypadkach, przy czym w 10 przypadkach wystąpiły tylko objawy oponowe, a 7 razy obok objawów oponowych były i objawy posocznicy.

Na uwagę zasługują szczególniej te przypadki, w których w przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego wystąpiły ropne zapalenia opon, z ropnym płynem mózgowo-rdzeniowym. Przypadków tych mieliśmy 10 (przy czym w 3 przypadkach były i objawy posocznicy). Z tego tylko w 3 objawy oponowe ustąpiły. Z tych przypadków jeden zmarł na ropień w płucach, reszta przypadków zmarła na skutek zmian na oponach mózgowych. Na uwagę zasługuje też fakt, że z tych 10 przypadków u 4 chorych, obok objawów oponowych, wystąpiły i porażenia nerwów mózgowych. Zmiany na dnie oka wystąpiły tylko w jednym przypadku.

Uwzględniając ogólną ilość zapaleń ucha środkowego, widzimy, że powikłania oponowe są rzadkie, 17 przypadków na 441, tj. 3,8%. Na 17 przypadków było 12 mężczyzn i 5 kobiet, widzimy więc tu wybitną przewagę mężczyzn. Przy obliczaniu tych danych, na ogólną liczbę chorych, widzimy, że u mężczyzn procentowość występowania zapalenia opon mózgowych wynosi 5,2%, u kobiet zaś 2,4%. Jeżeli uwzględnimy tylko przypadki operowane, to procentowość wzrośnie z 3,8% — 6,99%.

W przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, zapalenie opon mózgowych wystąpiło 45 razy, co stanowi 8,5%, w tym mężczyzn było 29, a kobiet 16, co przy obliczeniu procentowości występowania zapalenia opon mózgowych u obu płci wynosi dla mężczyzn 9,3%, a dla kobiet 7,6%. Przy uwzględnieniu chorych operowanych, procentowość ta wzrośnie z 8,5% do 16,5%. Wśród tych 45 chorych, przypadków ciężkich, z ropnym zapaleniem opon było 23, w tym u 4 chorych wystąpiły też objawy posocznicy; z przypadków tych zmarło 13, wyleczonych zostało 10. Zaznaczyć należy, że w 7 przypadkach wystąpiły obok objawów oponowych także i porażenia nerwów mózgowych, a w 6 zmiany na dnie oka.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, zapalenie opon w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego występuje znacznie rzadziej, niż w przypadkach zapaleń przewlekłych. Podobnie Bleu (65) stwierdził w przypadkach zapalenia opon 54,7% przewlekłych, a 46% ostrych przypadków zapaleń ucha. Z drugiej jednak strony, ropne zapalenie opon w przebiegu ostrego zapalenia jest znacznie groźniejsze, na 10 ciężko chorych tylko 2 wyzdrowiało (trzeci, u którego objawy oponowe wystąpiły, zmarł na ropień w płucu), natomiast to samo ropne zapalenie opon w przypadkach przewlekłego ropienia, mimo często groźnych objawów i dużych zmian anatomicznych, jest łatwiej uleczalne, na 23 chorych 10 wyleczono. Spośród 7 chorych, u których poza objawami oponowymi wystąpiły również porażenia nerwów mózgowych, zmarło 2, a wyleczono 3. Widzimy więc, że w przypadkach tych śmiertelność nie była większa.

Uwzględniając tylko ropne zapalenia opon bez przewagi objawów posocznicy w przypadkach przewlekłych, widzimy, że na 33 [2]) przypadki mieliśmy 19 przypadków u mężczyzn a 14 u kobiet. Rozmieszczenie tych przypadków co do wieku przedstawia się następująco:

Lata	Zestawienie Kliniki Lwowskiej	Körnera	Ruegg'a
0—10	3	20	5
11—20	3	33	10
21—30	14	34	2
31—40	5	20	2
powyżej 41	8	47	11
Razem	33	154	30

Największe nasilenie tak na naszym materiale, jak i Körnera, ropnego zapalenia opon wypada na trzeci dziesiątek lat. Ostatnia pozycja obejmuje w materiale naszej Kliniki przeszło dwa dziesięciolecia, np. najstarszy chory liczył 64 lat.

Charakterystyczne jest zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego. Np. w 3 przypadkach przewlekłych, początkowo jasny płyn przeszedł wraz z nastaniem ciężkich objawów oponowych w płyn mętny. U 13 chorych płyn mózgowo-rdzeniowy prawie od początku do końca był mętny. Wreszcie u 11 chorych początkowo mętny płyn wraz z ustępowaniem objawów oponowych staje się coraz jaśniejszy. Chorzy ci wyzdrowieli. Godne uwagi jest również zachowanie się składników, i tak w miarę, jak płyn stawał się coraz bardziej mętny, zwiększała się ilość leukocytów, w miarę wyjaśniania się płynu leukocytoza ustępowała i pojawiała się przejściowa, nieznaczna limfocytoza (M. Georke (1)). Zmętnienie płynu polega głównie na dużej zawartości leukocytów (Pappenheim (3)). Poza tym zwiększa się i ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym. Zwiększenie to dotyczy tak globulin, jak i albumin (Birkholz (2)). Zawartość globulin ma być wyrazem procesów zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym, globuliny bowiem mają powstawać z rozkładu komórek, jako tak zwane białko endogenne Langego, dzięki cytolitycznym własnościom patologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Wyrazem tego jest choćby obecność choliny w płynie w pewnych przypadkach, jako produktu rozpadu komórek nerwowych. Albuminy natomiast mają powstawać z białka humoralnego, tzw. białko egzogenne Langego, powstaje z białka krwi i innych cieczy tkankowych. Nabłonek wyścielający kanał mózgowo-rdzeniowy i przestrzeń podpajęczą w warunkach normalnych cechujący się małą przepuszczalnością, w miarę drażnienia produktami zapalnymi staje się coraz więcej przepuszczalny i stąd zwiększenie zawartości białka humoralnego, tj. zwiększenie się zawartości albumin w płynie. Normalnie zawartość białka waha się od 19,5 mg % do 22 mg %, przy czym jednak za górną granicę należy uważać 33 mg % (Birkolz (2)). Zwiększenie białka w płynie mózgowo-rdzeniowym przy nieznacznym wzroście ilości leukocytów, świadczy o podrażnieniu opon skutkiem jakichkolwiek procesów zapalnych, toczących się w sąsiedztwie przestrzeni podpajęczej. Jest to tzw. *meningitis serosa* lub *meningitis concomitans*, towarzysząca często sprawie zapalnej kości wyrostka sutkowego, jak to widzieliśmy w przypadku 10 i 31 przewlekłego zapalenia ucha środkowego, czy też skutkiem ropnia zewnątrzoponowego, jak w przypadku 21, przewlekłego zapalenia ucha środkowego. *Meningitis serosa* może też wystąpić przy zapaleniu przestrzeni podoponowej, tj. przestrzeni pod oponą twardą. Jak wiadomo, między oponą twardą, a oponami miękkimi znajduje się szczelinowata przestrzeń, wyścielona nabłonkiem, jest to tzw. właściwa przestrzeń podoponowa (podtwardówkowa), lub według Karbowskiego (21), przestrzeń pajęczynowa. Nabłonek wyścielający tę przestrzeń cechuje się bardzo dużą odpornością tak, że przestrzeń ta rzadko ulega zakażeniu, daleko częściej przychodzi — w przypadkach kiedy sprawa zapalna toczy się w bezpośredniej bliskości — do sklejenia się obu blaszek i w ten sposób do ograniczenia się reszty przestrzeni podoponowej. W ten sposób proces zapalny przechodzi bezpośrednio z opony twardej poprzez obie sklejone blaszki na opony miękkie. Przestrzeń podoponowa jest przestrzenią w sobie zamkniętą, nie komunikuje z przestrzenią podpajęczą, stąd też nawet w przypadkach ropienia w tej przestrzeni występują objawy tylko podrażnienia przestrzeni podpajęczej. Ropień przestrzeni podoponowej występuje rzadko, przy czym postawienie rozpoznania jest trudne, ponieważ może dawać i inne uboczne objawy; ma on cechować się szybko ustępującymi objawami mózgowymi przy braku depresji psychicznej (Karbowski (21)). Nakłucie lędźwiowe może wykazać podrażnienie opon miękkich, tj. *meningitis serosa.* Ze względu na położenie ropnia tuż pod oponą twardą, może łatwo przyjść do samoistnego przebicia ropy poprzez oponę twardą, z chwilą usunięcia kości przy tej operacji. Karbowski opisuje dwa takie przypadki. Podobny nasz przypadek dotyczył kobiety, lat 28, w którym w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego wystąpiły objawy mózgowe, które szybko ustąpiły po operacji; ropień przestrzeni podoponowej pękł samoistnie na zewnątrz przy operacji. Nakłucie lędźwiowe przed operacją wykazało *meningitis serosa.*

Poza tym surowicze zapalenie opon mózgowych występuje przy ropniach mózgu lub móżdżku.

Ważnym wskaźnikiem przy zapaleniu opon miękkich jest również wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Wskaźnika tego nie można jednak przeceniać, wiemy bowiem, że nawet przy ogólnym ropnym zapaleniu w czasie nakłucia niekiedy nie uda się nam uzyskać płynu, dzieje się to skutkiem niedrożności kanału rdzeniowego.

W ogóle przy ocenianiu wartości badania płynu mózgowo-rdzeniowego należy być bardzo ostrożnym. Należy pamiętać, że badanie to winno być przeprowadzone z równoczesną dokładną obserwacją chorego. Badanie płynu jest tylko jedną składową całości klinicznego badania.

Nakłucie lędźwiowe ma znaczenie nie tylko dla ustalenia rozpoznania, obserwacja kliniczna wraz z powtarzanym co pewien czas nakłuciem lędźwiowym może nam ułatwić postawienie odpowiedniego rokowania.

W przypadkach zapalenia opon mózgowych, jak powyżej wspomniałem, mogą wystąpić również objawy mózgowe lub

[2]) Z tego u 31 chorych były tylko objawy oponowe, a u 2 chorych wystąpiły i objawy posocznicy.

móżdżkowe. I tak np. w przypadku 5 zapalenia opon w przebiegu ostrego zapalenia ucha, wystąpiły lekkie objawy móżdżkowe, przy czym stwierdzono ropień około-zatokowy i ropne zapalenie opon podstaw mózgu; w przypadku 7 wystąpiły objawy mózgowe, na sekcji stwierdzono ropne zapalenie opon. W przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego mogą wystąpić podobne objawy, jak np. w przypadku 26, zaburzenia mowy, przy czym na sekcji stwierdzono *leptomeningitis purulenta;* w przypadku 16 i 15 wystąpiły objawy mózgowe (objaw Babińskiego po prawej stronie). Przy czym w tym ostatnim stwierdzono poza zapaleniem surowiczo-ropnym opon, również i zapalenie mózgu. Objawy móżdżkowe wystąpiły w przypadku 10 i 17.

Zmiany na dnie oka mogą niekiedy występować w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. Stwierdzono zmiany na dnie oka w przypadku 3 i 7; w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, powikłanego zapaleniem opon, zmiany na dnie oka wystąpiły w przypadku 5, 15, 16, 23, 27, 31.

Dok. nast.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Nowiny Lekarskie. Z. 11. 1938. Straszyński A.: Patologia i terapia nierzeżączkowych stanów zapalnych błony śluzowej cewki moczowej u mężczyzn (urethritis non gonorrhoica). — Salitówna E.: Dwa przypadki zapalenia woreczka żółciowego, spowodowanego wielkouśćcem jelitowym (lamblia intestinalis). — Stojałowski K.: Z kazuistyki anatomo-patologicznej ziarnicy złośliwej. — Wyrwicki: Przetoka moczowa pęcherzowo-szyjkowa i jej epilog. — Moczarski W.: O wpływie feniny na ciśnienie tętnicze.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVII. Z. 5. 1938. Mossakowski J. i Manteuffel-Szoege L.: Przyczynek do guzów mieszanych nerki (lipo-myo-haemangioma renis). — Rzepecki W.: Spostrzeżenia kliniczne nad wartością przetaczania krwi przechowywanej.

Eugenika Polska. T. XII. Nr 1. 1938. Wernic L.: O konieczności wprowadzenia ustaw eugenicznych w Polsce. — Żółtowski H.: Eugenika a wychowanie. — Luciusz M.: Nowe prawo kanoniczne.

Kronika Dentystyczna. Nr 2. 1938. Miszurski B.: Współczesny stan wiedzy o kostnieniu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 23. 1938.

Biologia Lekarska. Z. 2. 1938. Roger M. H.: Sole mineralne ustroju i ich rola fizjologiczna. — Abramowicz M.: Problemat śmierci w świetle nauk biologicznych. — Celarek J.: Zastosowanie lecznicze surowic ozdrowieńców. — Babenko K.: Osobliwości trawienia i przemiany białkowej u pijawki lekarskiej.

Klinika Współczesna. Nr 5. 1938. Rivoire R.: Choroby przytarczyc (przeł. O. Nietupska).

Trzeźwość. Nr 1—4. 1938.

Młoda Matka. Nr 11. 1938.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 214. 1938.

OCENY

Untersuchungsmethoden. M. KLOPSTOCK i A. KOWARSKI. 12 Auflage, 1938. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wien, RM. 11,50.

Podręcznik do badań kliniczno-chemicznych, drobnowidowych i drobnoustrojowych, znany od dawna, doczekał się dwunastego wydania, rozszerzanego i uzupełnianego w miarę powstawania i doskonalenia sposobów badania. Wydanie ostatnie ma 568 stron druku i 25 tablic barwnych obok 63 rysunków. Dziełko to podzielono na dwanaście rozdziałów, z których pierwsze cztery poświęcone są badaniom drobnoustrojowym dotyczącym wydzielin gardła, nosa, oczu i przewodu oddechowego. Piąty i szósty rozdział zawiera metody badania treści żołądka i badanie kału. Badanie moczu obejmuje 120 stron i podaje sposoby może nie najnowsze, ale wypróbowane i pewne — o czym zresztą autorzy na wstępie wspominają. Sprawność nerek i sposób jej badania umieścili autorowie w rozdziale dotyczącym wydzielin narządów płciowych, w którym to rozdziale znajduje się i badanie mleka, jak i odczyn Aschheima i Zondeka. Badanie krwi mieści się na 173 stronach i obejmuje nie tylko badania cytologiczne, ale i metody biologiczne, badanie grup krwi, badanie zasobu zasad i podstawowego spalania z tablicami Du Bois. Badanie wysięków stanowi dziesiąty rozdział książki, a ostatnie dwa rozdziały poświęcono badaniom skóry i badaniom drobnoustrojów, przy czym uwzględniono nie tylko sposoby barwienia, robienie barwików itp., ale i przyrządzanie płynów dla hodowli, robienie pożywek agarowych, bulionów itp.

Jak widać z tego sprawozdania, podręcznik Kowarskiego zawiera na stosunkowo niewielkiej ilości kartek prawie wszystko, co klinika potrzebuje z zakresu badań chemicznych i drobnoustrojowych. Brak w nim badań czynnościowych (oprócz badań nerek i żołądka), ale przypuszczalnie te badania należą, zdaniem autorów, do innego działu. Materiał zawarty w tej książce uporządkowany jest przejrzyście i przedstawiony zwięźle i jasno. Jest to podręcznik, który ma wyrobione imię i każdemu klinicyście przydać się może.

W Moraczewski (Lwów).

Traité d'urologie. G. MARION. Masson. Paris. Wydanie III. 2 tomy, 1232 stron, 572 rycin i 34 rycin barwnych. Cena: 220 fr.

Doskonały podręcznik urologii prof. Mariona został w porównaniu z wydaniem II, które ukazało się w 1928 roku, znacznie rozszerzony i opatrzony większą ilością rycin.

W pierwszym tomie, który nie uległ większym zmianom, omawia autor kolejno anatomię nerek, miedniczek, moczowodów, pęcherza, sterczu, cewki moczowej u mężczyzn i kobiet. Następuje doskonale opracowany dział badań klinicznych i laboratoryjnych w schorzeniach narządu moczowego. Świetnie napisany jest rozdział o wziernikowaniu cewki moczowej, pęcherza i zgłębnikowaniu moczowodów — z przepięknymi barwnymi rycinami. Ten rozdział mógłby być śmiało wydany jako osobny podręcznik.

W części szczegółowej omawia autor następnie z charakterystyczną dlań prostotą i zwięzłością, a mimo to wyczerpująco, schorzenia nerek, miedniczek, moczowodów, pęcherza, cewki moczowej i gruczołu krokowego.

Następny rozdział traktuje o stosowaniu najważniejszych leków i zawiera przepisy dietetyczne, przy czym uwzględniona jest dieta tłuszczowa, zakwaszająca oraz postępowanie w przypadkach cukrzycy.

Część drugą podręcznika poświęca autor zabiegom i operacjom urologicznym — tutaj zmian jest najwięcej w porównaniu z wydaniami poprzednimi. Dodano rozdział o operowaniu kamieni nerkowych pod kontrolą promieni Roentgena, nowy rozdział o operacjach na nerce podkowiastej oraz w przypadkach nerki przemieszczonej do miednicy, dodano kilka nowych doskonałych rycin do rozdziałów traktujących o rekonstrukcji szyjki pęcherza u kobiet i o operowaniu przetok pęcherzowo-pochwowych, — dalej przybył nowy rozdział z 7 nowymi rycinami o operacji wytwórczej cewki moczowej u kobiety i nowy krótko ujęty rozdział o resekcji szyjki pęcherza przy pomocy pętli elektrokoagulacyjnej, której to metody zresztą autor nie jest wielkim zwolennikiem.

Ta druga część jest, podobnie, jak w poprzednich wydaniach, najbardziej interesująca, najbogaciej uposażona w ryciny przedstawiające poszczególne akty operacyjne i najpiękniej opracowana. Całość jest wydana wytwornie na pięknym papierze, pisana pięknym językiem, jasno, zwięźle, a mimo to wyczerpująco.

Laskownicki (Lwów).

Wykłady o czynności mózgu. I. P. PAWŁOW. Tłum. St. Miller. Warszawa, 1938. Wyd. „Rój".

Dzieło Pawłowa, pisze słusznie wydawca, stanowi przełom w naszych pojęciach o życiu psychicznym i zachowaniu się istot żywych tak, jak swego czasu epokowe dzieło Darwina stanowiło przełom w zapatrywaniach na pochodzenie gatunków. Dlatego czytelnik, w którego zakres zainteresowań zasadniczo nie wchodzi fizjologia, winien być wdzięcznym wydawnictwu „Rój" za udostępnienie tego przeglądu pracy Pawłowa, która naprawdę była dziełem wyjątkowym. Śledzimy rozwój myśli jego, jesteśmy świadkami jego sukcesów i odkryć w ciągu wieloletniej pracy badawczej. I przyznajemy mu chętnie rację, gdy mówi w wykładzie XXII, że ten rozdział fizjologii jest zaiste pociągający, czyniąc zadość dwom zasadniczym skłonnościom umysłu ludzkiego: dążeniu do ogarniania wciąż nowych prawd oraz buntowi przeciw przeświadczeniu o mającej się jakoby gdzieś kończyć wiedzy. W „wykładach" przemawia do nas bogaty umysł badacza-klasyka — typu coraz rzadszego w naszej dobie.

Obständer (Bielsko).

Nowoczesna Encyklopedia Zdrowia. T. I. Pod redakcją dra Adolfa Rząśnickiego. Wyd. „Minerwa". Warszawa, 1937/38. Str. 400.

W opracowaniu tego popularnego dzieła wzięli udział doc. dr H. Brokman, prof. dr J. Dembowski, prof. dr A. Dmochowski, dyr. B. Duchowicz, prof. dr Wł. Jakowicki, prof. dr J. H. Lubieniecki, prof. dr Wł. H. Melanowski, dr J. Nusbaum, dr H. Mierzecki, doc. dr B. Stępowski, dr St. Stypułkowski, dr M. Szeynman, dr K. Szokalski, doc. dr G. Szulc, doc. dr B. Szerszyński, prof. dr Z. Szymanowski, prof. dr L. J. Wachholc, dr Cz. Wroczyński, dr Z. Zakrzewski, dr M. Zalewski.

Na treść tomu I (a ma być 4 tomy) składa się zarys anatomii i fizjologii oraz ustęp pt. „Jak powstają choroby". W części pierwszej omówiono elementy budowy organizmów roślinnych i zwierzęcych (komórka i tkanka), budowę i czynności organizmu ludzkiego (kości i stawy, mięśnie, krążenie krwi i limfy, oddychanie, trawienie, wydalanie, gruczoły, układ nerwowy, sen, narządy zmysłów, rozród i narządy rozrodcze, przemiana materii). W części drugiej jest mowa o zdrowiu i chorobie, o mikrobach jako czynniku chorobotwórczym, o alkoholu jako czynniku chorobotwórczym.

Polskie piśmiennictwo popularne z tego zakresu było często wypełniane niezdarnymi i niesympatycznymi broszurami lub jakimiś księgami zdrowia, niewiadomego pochodzenia, o wątpliwej wartości. Dlatego pojawienie się Nowoczesnej Encyklopedii Zdrowia uznać należy za pożyteczne. Rzecz to popularna, ale poważna. Styl oczywiście jasny i przejrzysty, liczne rysunki i tablice barwne podnoszą wartość dzieła. Szata zewnętrzna bez zarzutu, druk wyraźny, papier dobry, tablice barwne na papierze kredowym.

Jeśli ma się medycynę popularyzować, to za pośrednictwem wydawnictw dających zapewnienie poważnego ujęcia rzeczy, bez poradnikarstwa i bez uczenia medycyny, z takim natomiast przedstawieniem zagadnienia, które by mogło służyć inteligentnemu choć niefachowemu do rozszerzenia jego wiadomości ogólnych. Warunkom tym odpowiada N. E. Z., która dlatego powinna znaleźć „należyty odzew wśród szerokich rzesz czytelniczych naszego kraju".

G. B. (Lwów).

L'exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. B. DESPLAS, P. MOULONGUET et P. MALGRAS. Str. 120, ryc. 40. Paryż, 1938. Masson et Cie. Cena: 40 fr.

Monografia przedstawia sposoby radiologicznego badania dróg żółciowych w przypadkach pooperacyjnych, które w ogóle mało są znane, a posiadają duże znaczenie praktyczne dla chirurga. Jako środków kontrastowych używano lipiodolu i tenebrylu. Szczegółowo przedstawiona została technika wypełniania dróg żółciowych dla wykluczenia zarówno powikłań, jak i przyczyny błędnej interpretacji zdjęć. Po dokładnym omówieniu obrazów prawidłowych, przedstawiono i zilustrowano na licznych zdjęciach zmiany stwierdzane przy kamicy, zmianach zapalnych, zastojach w drogach żółciowych, torbielach wychodzących z trzustki, raku trzustki i dróg żółciowych, stanach zapalnych w trzustce, a wreszcie w zewnętrznych przetokach żółciowych. Sprawdzanie drogą badania radiologicznego pooperacyjnego stanu dróg żółciowych powinno być częściej — zdaniem autorów — stosowane.

W. Grabowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Działanie paraamidofenylosulfamidu w ropnym zapaleniu opon mózgowych. R. MARTIN i A. DELAUNAY. Presse Méd. Nr 80, 1937.

Autorowie opisują przypadek ciężkiego ropnego zapalenia paciorkowcowego opon mózgowych, które zostało wyleczone preparatem znanym pod nazwą Prontosilu, Septazyny itp. Prócz jakby swoistego działania w zapaleniu paciorkowcowym obserwowali inni lekarze korzystny wpływ na zakażenia meningokokowe, dlatego też autorowie polecają stosować nowy ten środek w każdym zapaleniu opon mózgowych.

W Skowroński (Lwów).

Antypiryna w leczeniu gośćca stawowego. L. BOUCHUT i M. LEVRAT. Presse Méd. Nr 84, 1937.

Autorowie podkreślają, że antypiryna powinna być stosowana po leczeniu salicylem oraz w tych przypadkach, w których salicyl nie daje wyników. Środek ten dawniej tak ceniony w leczeniu gośćca, powinien być stosowany w dawkach dużych po 6—8 g dziennie, doustnie, najlepiej w roztworze. Z wyjątkiem nielicznych przypadków nietolerancji, antypiryna znoszona jest dobrze i nie wywołuje zaburzeń jelitowych, ani nerkowych. Autorowie uważają antypirynę za środek równowartościowy z salicylem i tak samo swoisty w tej chorobie, jak salicylany.

W. Skowroński (Lwów).

Leczenie niedokrwistości choliną. D. DANIELOPOLU i R. BRAUMER. Presse Méd. Nr 86, 1937.

Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i obserwacyj klinicznych, autorowie uważają acetylocholinę za dobry środek przeciw niedokrwistości. U psów z niedokrwistością doświadczalną, po częstych skrwawieniach stwierdzali po zastrzykach acekoliny szybki wzrost ciałek czerwonych. U chorych z niedokrwistością również szybko wzrastały ciałka oraz zjawiały się liczne retikulocyty, co wskazuje na szybszą regenerację krwi. Hemoglobina wzrastała wolniej, niż ciałka czerwone. Stan kliniczny znacznie się poprawiał. Środek ten jest równie skuteczny, jak wyciągi wątroby lub preparaty żołądka, a nawet w kilku przypadkach, gdzie tamte środki zawiodły, acetylocholina okazała się skuteczną. W wielu przypadkach „acekolina" okazała się dobrym środkiem pomocniczym obok leczenia wątrobą i wyciągiem żołądka. Autorowie wstrzykują acetylocholinę podskórnie po 0,02—0,05, a nawet 0,08 codziennie, w razie potrzeby przez kilka tygodni. W jednym tylko przypadku musieli przerwać te zastrzyki z powodu kolek jelitowych. Autorowie przypuszczają, że acetylocholina jest właściwą substancją pobudzającą szpik kostny i sądzą, że wyciąg wątroby działa na niedokrwistość tylko przez zawartość choliny.

W. Skowroński (Lwów).

Witamina przeciwkrzywicza i naświetlanie środków spożywczych. A. FLEISCH. Presse Méd. Nr 88, 1937.

Odkrycie witaminy D przez naświetlanie ergosteryny stało się przyczyną bezkrytycznego stosowania takiej sztucznej witaminy. Wkrótce przekonano się, że naświetlana ergosteryna jest trująca i wywołuje zwapnienia naczyń krwionośnych nie tylko jeśli jest podawana w dużych dawkach, ale również po niewielkich dawkach leczniczych. Dalsze badania chemików pozwoliły oddzielić substancje trujące (tachysterynę, suprasterynę i toksysterynę) od właściwej substancji przeciwkrzywiczej, zwanej witaminą D_2 lub Calciferolem, i nawet otrzymano ją w postaci krystalicznej. Ta sztuczna witamina D_2 nie jest jednak identyczna z naturalną witaminą D, występującą w tranie rybim. Posiada ona inną strukturę chemiczną i działa silniej przeciwkrzywiczo, niż naturalna witamina, ponadto nie usuwa ona niedokrwistości, jak tran rybi, zawierający jeszcze witaminę wzrostową. Dlatego większość lekarzy jest przeciwna stosowaniu sztucznego produktu, ponieważ może on wywołać przy dłuższym stosowaniu poważne zaburzenia, szczególnie u dzieci. Mimo tego firmy farmaceutyczne nie zaniechały produkcji sztucznej witaminy D_2, lub naświetlania mleka i innych produktów spożywczych. Autor, który jest dyrektorem szwajcarskiego instytutu witaminowego, jest bezwzględnym przeciwnikiem wprowadzania do handlu takich środków. W Szwajcarii każdy preparat witaminowy musi być badany przed wypuszczeniem na rynek, środki witaminowe nie są bowiem obojętne dla zdrowia i powinny być przepisywane przez lekarza, podobnie, jak inne silnie działające leki.

W. Skowroński (Lwów).

Reakcje naczyniowe mózgu pod wpływem doświadczalnie wywołanych zatorów stałych i gazowych. M. VILLARET, R. CACHERA i R. FAUVERT. Presse Méd. Nr 89, 1937.

Autorowie robili doświadczenia na psach, uśpionych chloralozą, u których mikrofotografowali oponę miękką przez trepanację wg techniki Forbesa i Wolffa. Zatory wywoływali wstrzykując do tętnicy dogłowowej sproszkowany pumeks o średnicy cząstek około 150 μ lub powietrze (zatory gazowe). Mikrofotografie mogli robić co 5 sek., dlatego też szybkie zmiany, które mogłyby ujść przy oglądaniu pod mikroskopem, można było uchwycić przy pomocy tej techniki badania. Doświadczenia wykazały, że zatory stałe wywołują skurcze tętniczek opony miękkiej, przeciwnie zachowują się zatory gazowe, które nie dają takich objawów. Spazmy naczyniowe są więc faktem stwierdzonym naocznie, w co dotąd czasem powątpiewano. Ponieważ jednak doświadczenia trwały najwyżej 2—3 godz., autorowie nie

mogli stwierdzić, czy spazmy takie mogą wywołać rozmiękczenie mózgu, jak to przypuszcza się. Na zatory gazowe naczynia nie reagują żadnym skurczem, zachowują się więc zupełnie obojętnie, co stwierdzono wielokrotnie również u takich zwierząt, które później po wstrzyknięciu ciała stałego wykazywały skurcz tętniczek. Zatory gazowe wywołują jednak zatrzymanie krążenia w odpowiedniej tętniczce, co może się utrzymywać bardzo długo (w jednym przypadku do 35 minut). To niedokrwienie jest często mechaniczne. ponieważ tworzą się bańki gazu, które przerywają bieg krwi i przez przyleganie do ścian naczyń uniemożliwiają posuwanie się płynu. Takie zatrzymanie krążenia po zatorach gazowych może również powodować zmiany w komórkach nerwowych, podobnie, jak skurcze spastyczne po zatorach stałych. *W. Skowroński* (Lwów).

Leczenie strychniną zaburzeń nerwowych w alkoholizmie. P. COSSA, H. BOUGEAUT, M. PUECH, P. SASSI. Presse Méd. Nr 92, 1937.

Autorowie podają, że nie tylko w majaczeniu alkoholowym (*delirium tremens),* ale i w innych zaburzeniach na tle alkoholizmu, strychnina jest najskuteczniejszym środkiem leczniczym. Nie ma żadnych przeciwwskazań do jej stosowania. Dawki stosują duże, np. w *delirium tremens* trzeba wstrzykiwać codziennie po 0,03—0,05 w dawkach podzielonych. Najczęściej wstrzykują 4 razy po 0,005 lub 0,01, w późniejszym okresie wystarczy mniej. Leczenie strychniną należy przeprowadzać nawet po ustąpieniu podniecenia. Pod wpływem tego leczenia szybko znikały objawy i zjawiał się sen. Chory nie odczuwał wcale potrzeby alkoholu. Autorzy nie stwierdzali komplikacyj płucnych lub innych powikłań u chorych leczonych strychniną. Badania kliniczne wykazały, że zwiększa się u nich zawsze diureza i poprawia czynność wątroby, ponieważ bilirubina we krwi spadała. Mechanizm działania strychniny nie jest znany, prawdopodobnie działa on na korę mózgową, zmniejszając chronaksję, podczas gdy alkohol i barbiturany mają ją zwiększać. Dlatego też stosowanie połączeń barbiturowych w alkoholizmie nie daje dobrych wyników. *W. Skowroński* (Lwów).

Nowe badania doświadczalne dotyczące unerwienia gruczołów dokrewnych. L. PINES. Presse Méd. Nr 93, 1937.

Autor przeprowadzał badania u psów i kotów wycinając odpowiednie gruczoły i badając histologicznie rdzeń. Oprócz zwojów nerwowych, z których włókna postganglionarne dochodzą do gruczołów, istnieją jeszcze małe zwoje nerwowe w samych gruczołach. Przez wycięcie tych zwojów wraz z gruczołami następuje zwyrodnienie włókna preganglionarnego i odpowiedniego neuronu rdzeniowego. W ten sposób można znaleźć odcinki rdzenia unerwiające odpowiednie gruczoły. Badania wykazały, że w rdzeniu występuje zwyrodnienie komórek w pewnych ściśle określonych miejscach. Nie wszystkie jednak komórki danego odcinka ulegają zmianom, nie można przeto mówić o ośrodkach. Zmiany te występują jednak zazwyczaj, co potwierdzają badania kontrolne, u takich operowanych zwierząt, którym np. nie wycięto gruczołu. Komórki zwyrodniejące znajdują się w *zona intermedia* rdzenia, szczególnie w rogu bocznym (*n. sympathicus lateralis Jakobsoni, tractus intercornualis Jakobsoni).* Unerwienie gruczołów dokrewnych jest obustronne, ale z przewagą strony homolateralnej przy gruczołach symetrycznych (jajniki, jądra, nadnercza). Po wycięciu gruczołów występują zazwyczaj zmiany w dwóch miejscach, np. w rdzeniu lędźwiowym i krzyżowym po wycięciu jajników i jąder, po wycięciu tarczycy i grasicy w rdzeniu szyjnym i przedłużonym. Po wycięciu tarczycy występują również zmiany degeneratywne w *ganglion nodosum,* co by dowodziło, że tarczycę unerwia nerw błędny. *W. Skowroński* (Lwów).

Mechanizm powstawania białkomoczu ortostatycznego. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. FRUMUSAN i J. HAMBURGER. Presse Méd. Nr 94, 1937.

Autorowie przeprowadzali doświadczenia na zwierzętach (króliki i psy). Białkomocz występował u nich, jeżeli umocowano je i ułożono w pozycji pionowej. Po operacji odnerwienia nerki (usunięcie i chemiczne zniszczenie) białkomocz ortostatyczny nie występował. Pionowe ułożenie zwierzęcia normalnego obniża ciśnienie krwi w mózgu, co odruchowo wywołuje skurcz naczyń w jamie brzusznej i skurcz naczyń nerek. Usunięcie nerwów nerki uniemożliwia powstanie tego odruchu. Mechanizm powstawania białkomoczu albo też „choroby“ ortostatycznej u ludzi można by więc tłumaczyć w podobny sposób, trzeba by więc przyjąć u tych ludzi nadmierną pobudliwość naczyń nerkowych. *W. Skowroński* (Lwów).

Nietolerancja na arsenobenzole a witamina C. L. DAINOW. Presse Méd. Nr 94, 1937.

Autor zaleca podawanie dużych ilości witaminy C w czasie leczenia kiły arsenobenzolem, przypuszcza bowiem na podstawie badań klinicznych, że chroni ona przed objawami nietolerancji. Również doświadczenia na myszkach potwierdziły, że przy podawaniu witaminy C mniejsza jest toksyczność arsenobenzolów. *W. Skowroński* (Lwów).

Badania istoty przeciwanemicznego czynnika. J. ALEKSANDROWICZ. Doniesienie tymczasowe. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

Opierając się na podobieństwie biologicznym heparyny i czynnika przeciwanemicznego, starał się autor udowodnić identyczność tych dwóch ciał przez: 1) stwierdzenie zmniejszania się poziomu heparyny we krwi chorych na niedokrewność złośliwą, 2) stwierdzenie zawartości heparyny w preparatach wątrobowych, 3) utrzymanie podobnych wyników leczniczych przy stosowaniu heparyny w miejsce wyciągów wątrobowych. Otrzymane wyniki nie dają jednoznacznej odpowiedzi, gdyż badanie krwi na heparynę przy pomocy metody hemolitycznej daje u chorych różne wyniki i dlatego, że nie można było preparatów wątrobowych pozbawić zawartości heparyny i porównać je z preparatami całkowitymi. W jednym przypadku leczonym heparyną otrzymał autor dobry wpływ heparyny na ilość ciałek czerwonych i odsetkową zawartość hemoglobiny, nie widział jednak wzmożonej retikulocytozy. *Rawicz* (Morszyn).

Obraz morfologiczny szpiku kostnego w gruźlicy jamistej płuc. A. BIERNACKI. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

Badania swoje przeprowadzał autor w 45 przypadkach, porównując krew obwodową z rozmazem szpikowym pobranym z żeber w czasie zabiegu torakoplastyki. Żadnych dla gruźlicy zmian charakterystycznych w szpiku nie widział. W ogóle szpik wykazuje przesunięcie w stronę elementów młodych, nigdy jednak nie stwierdza się myeloblastów. Przesunięcie myelocyto-metamyelocytarne idzie w parze z neutrofilią i przesunięciem na lewo we krwi obwodowej. Odczyn erytroblastyczny jest niewielki, wykazuje jednak zmiany jakościowe i nieprawidłową odnowę krwinek czerwonych. Krwinki ze zmianami toksycznymi są, według autora, pochodzenia obwodowego. W innych upostaciowanych elementach krwi nie stwierdza się szczególnych zmian. *Rawicz* (Morszyn).

O białaczkach pourazowych. MARIAN OSTROUCH. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

Na podstawie obserwacji chorego, lat 26, u którego wystąpiła białaczka w przeciągu roku po urazie tępym w okolicę śledziony i nadbrzusza, rozważa autor współzależność i możliwość pourazowego powstania białaczki. Przegląd piśmiennictwa podobnych przypadków zawsze wykazuje brak badania krwi przed urazem. Trudno w takich przypadkach rozstrzygnąć, czy uraz wywołał, czy tylko ujawnił już poprzednio istniejącą chorobę.

„W Niemczech przyjęto urzędownie, że jeżeli uraz dotyczy śledziony lub kośćca, a przed wypadkiem nie było objawów białaczkowych, jeżeli choroba pojawiła się w czasie niewiększym od roku po urazie, a białaczka jest szpikową, wówczas związek między chorobą i urazem należy uważać za udowodniony“. *Rawicz* (Morszyn).

Zmiany elektrokardiograficzne w tamponadzie serca. WŁADYSŁAW OSTROWSKI i IGNACY PINES. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

Autorzy przeprowadzali badania doświadczalne na psach, wlewając do osierdzia płyn fizjologiczny przy równoczesnej rejestracji EKG i ciśnienia tętniczego. W ogóle EKG tamponady serca nie jest charakterystyczny i nie można się nim posługiwać dla wskazań chirurgicznych, np. w ostrej urazowej tamponadzie serca. Zmiany EKG częściowo zależne są od stopnia wypełnienia worka osierdziowego, a zatem od ciśnienia wywieranego na serce. W miarę wzrostu ciśnienia wewnątrz osierdziowego do czynnika czysto mechanicznego dołącza się niedokrwienie mięśnia sercowego, za czym przemawiają stwierdzone zmiany w przewodnictwie wewnątrzkomorowym, zazwyczaj o charakterze bloku lewej gałązki. Do najważniejszych spostrzeżeń należy zwykle występujące przesunięcie odcinka przejściowego (ST) pod linię izoelektryczną. Przesunięcie to, dotychczas uważane za wyraz niedokrwienia mięśnia sercowego, występowało zawsze nawet przy małych ilościach płynu, gdy jeszcze nie mogło dojść do zaburzeń w krążeniu wieńcowym. *Rawicz* (Morszyn).

O zatruciu arsenowodorem. I. RYDYGIER. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

Na tle przypadku zatrucia zawodowego arsenowodorem daje autor przegląd kliniczny, toksykologiczny i anatomo-patologiczny tego zatrucia. Charakterystyczny dla zatrucia jest ostry zespół wątrobowo-nerkowy, przebiegający wśród objawów nudności, wymiotów, bólów w krzyżu, krwawego moczu oraz żółtaczki. Leczenie jest tylko objawowe, gdyż nie znamy odtrutki na arsenowodór. Autor omawia szczegóły bezpieczeństwa w pracy, gdzie robotnik styka się ze śladami arsenu i gdzie zachodzi możliwość powstawania gazu arsenowodoru i zatrucia przez drogi oddechowe. *Rawicz* (Morszyn).

Badania wpływu bezdechu dowolnego i stanu dychawiczego na zawartość gazów (CO_2 i O_2) we krwi tętniczej u chorych na dychawicę oskrzelową. W. SCHREDER. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 4.

U chorych na dychawicę oskrzelową niepowikłaną zmianami płucnymi lub sercowymi, stosunki gazowe we krwi są zazwyczaj prawidłowe. Czas dowolnego bezdechu jest u takich chorych skrócony z powodu podrażnienia ośrodka oddechowego, z czego wynika, że utrata tlenu w okresie bezdechu jest mniejsza, niż u osób zdrowych. Szybkość przyrostu dwutlenku węgla i spadku tlenu jest u tych chorych prawidłowa. W przypadkach dychawicy oskrzelowej powikłanej nieżytem oskrzeli i rozedmą, duszność jest również pochodzenia nerwowego, aczkolwiek w tych przypadkach stwierdzić można pewne nieznaczne odchylenia od normy w wymianie gazów.

Rawicz (Morszyn).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie

Protokół XXVII posiedzenia naukowego z dnia 12 listopada 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Petryński B. *przedstawił przypadek gruczolaka tarczycy z odległymi przerzutami.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Elmer, Nowicki, *w odpowiedzi* referent.

2. Kol. Dobrzański A. *przedstawił przypadek scleroma u 8-letniego chłopca.*

3. Kol. Zeghauser A. i Erb A. (gość), *wygłosili wykład pt.: Geneza wstrząsów niedocukrzeniowych w świetle badań własnych* (wydrukowano w Klin. Wochschr.).

W dyskusji kol. Elmer.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXVIII posiedzenia naukowego z dnia 19 listopada 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Gruca A. *przedstawił przypadek aneurysma arteriovenosum.*

W dyskusji kol. Ostrowski Tadeusz, *w odpowiedzi* referent.

2. Kol. Mehrer F. *przedstawił:*

a) *przypadek gruźlicy nerki,*

b) *przypadek brodawczaka miedniczki nerkowej.*

W dyskusji przemawiali kol. Laskownicki i Dobrzaniecki, *w odpowiedzi* referent.

3. Kol. Jałowy B. *wygłosił wykład pt.: Na czym polegają procesy barwienia tkanek?* (wydrukowano w Pol. Stomatologii).

W dyskusji kol. Zakrzewski i Moraczewski, *w odpowiedzi* referent. Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXIX posiedzenia naukowego z dnia 26 listopada 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Kaniak J. *przedstawił przypadek ropnia płuc.*

Chory lat 19, student, z początkiem lutego 1937 r. przebył zapalenie płuc prawostronne, powikłane wysiękowym zapaleniem opłucnej. Przez marzec zwyżki ciepłoty do 38°, chory nie kaszlał, nie odkrztuszał. Od kwietnia samopoczucie dobre, oddawał się swoim zajęciom, uprawiał sporty. Z końcem września tegoż roku w czasie badań kandydatów na wyższe uczelnie stwierdzono rentgenologicznie jamę z poziomem płynu w dolnym płacie płuca prawego i polecono choremu zgłosić się do kliniki celem ustalenia rozpoznania. Samopoczucie chorego bardzo dobre, nie ma żadnych dolegliwości ze strony płuc. Stan fizykalny ujemny. Odczyn Biernackiego 10 mm/godz., Pirqueta i Wassermanna ujemny. Badanie plwociny prątków Kocha nie wykazało, brak było danych klinicznych dla przyjęcia bąblowca. Ze względu na to, że w bronchografii lipiodol nie wypełnił drzewa oskrzelowego płata dolnego prawego, pod kontrolą rentgenowską wykonano nakłucie jamy, otoczonej zrostami opłucnowymi i wydobyto treść ropiastą, do jamy wstrzyknięto lipiodol, który przyczynił się do wykluczenia torbieli płuca, a badanie treści jamy ustaliło rozpoznanie ropnia po zapaleniu płuc. W następnych dniach chory odkrztusił lipiodol a badanie plwociny wykazało obecność włókien sprężystych, których w poprzednich badaniach nie stwierdzano. Kontrolny odczyn Biernackiego 8 mm/godz. Stan chorego dobry, przybytek na wadze 8 kg w ciągu miesiąca. W moczu zmian patologicznych nie stwierdzono. W badaniu krwi brak leukocytozy. Chory nie gorączkuje. Ponieważ jama z poziomem płynu utrzymuje się, w badaniach kontrolnych, choremu doradzono zabieg operacyjny. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na zupełnie przypadkowe stwierdzenie ropnia płuc, ze względu na trudności w rozpoznaniu i ze względu na bezobjawowy przebieg przy bardzo dobrym stanie ogólnym chorego.

W dyskusji kol. Falkiewicz Antoni, *w odpowiedzi* referent.

2. Kol. Hebenstreit J. (gość) *przedstawił przypadek nadnerczaka.*

Chory lat 49, zgłosił się na O. W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego (ord. doc. dr Wincenty Czernecki) we wrześniu 1936 r. z objawami dusznicy bolesnej, przy czym jeden atak przebył w domu. Wszelkie badania układu krążenia dały wynik ujemny, a bóle odniesiono do zmian korzonkowych na wysokości C VII — D I, co potwierdził neurolog. Zdjęcie tego odcinka kręgosłupa wykazało *spondylitis tbc. incipiens* (chory już przedtem przebywał w sanatorium w Tatarowie z powodu zmian swoistych w płucach). Leczenie swoiste i naświetlania Rtg. pozostały bez wyniku. Na Oddz. dnia 24. XI. wystąpił krwiomocz z licznymi skrzepami wśród gwałtownych bólów (głównie wzdłuż moczowodu prawego). Badanie cystoskopowe i zdjęcie przeglądowe nerek — bez zmian. Pyelografia dożylna i wstępująca wykazały brak wydzielania nerki lewej, zniekształcenie kieliszków nerek po tejże stronie, nieregularne kontury nerki lewej, wobec czego dano wskazanie do nefrektomii. Zabieg wykonano na Oddziale Urologicznym (ord. doc. dr St. Laskownicki): Nerka powiększona, zwłaszcza w biegunie górnym. Badanie histopatologiczne wykazało: *hypernephroma benignum.* Stan pooperacyjny dobry. W późniejszym okresie wystąpiły jednak przerzuty w kręgosłupie, żebrach, kości krzyżowej itd. Chory wykazuje dzisiaj stan porażenia kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy.

3. Kol. Ambroz Z. *wygłosił wykład pt.: Klinki kostne.* (W sprawie auto- i heteroplastycznych przeszczepów kostnych) (wydrukowano w Pol. Przeglądzie Chirurgicznym).

W dyskusji przemawiali kol. Dobrzaniecki, Gruca i Cieszyński, *w odpowiedzi* referent.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXX posiedzenia naukowego z dnia 3 grudnia 1937 roku

Przewodniczy: Kol. Progulski

1. Kol. Zeghauser A. *przedstawił przypadek choroby Cushinga.*

W dyskusji przemawiali kol. Musiał Włodzimierz, Falkiewicz Antoni i Goldschlag, *w odpowiedzi* referent.

2. Kol. Sosin J. *przedstawił preparaty anatomo-patologiczne z przypadków:*

a) *cysticercosis meningum c. tumore acustico.*

b) *neurinomatosis disseminata.*

W dyskusji: Kol. Rothfeld zwraca uwagę na trudności przy rozpoznawaniu wągrzycy mózgu, wynikające z różnorodności obrazów chorobowych; obraz chorobowy zależy od ilości wągrów, od umiejscowienia w oponach, w komorach lub w istocie mózgu, dalej od sposobu reakcji mózgu na zakażenie zarodkami tasiemca. Wągry wydzielają jady; prawdopodobnie obumarłe wągry wydzielają je w większej ilości, aniżeli żywe. Zdarzają się także zakażenia w łączności z wtargnięciem wągrów do mózgu. Te wszystkie czynniki sprawiają, że obraz chorobowy może być różny i stąd pochodzi dążność autorów tworzenia zespołów objawów, odpowiadających tym różnorodnym obrazom klinicznym. Mówca sądzi, że należy odróżniać tylko dwie grupy przypadków: przypadki przebiegające ze wzmożeniem ucisku wewnątrzczaszkowego i przypadki, których jedynym objawem wągrzycy są napady padaczkowe.

Ważne wskazówki rozpoznawcze daje nam płyn mózgowo-rdzeniowy, wykazujący zwiększenie liczby ciałek, często wzmożenie ilości białka; odczyny koloidowe nie są charakterystyczne, czasem bywa krzywa paralityczna. Ważnym objawem jest eozynofilia w płynie mózgowo-rdzeniowym, dochodząca nieraz do znacznych ilości. Eozynofilia nie jest jednak objawem stałym; w niektórych przypadkach całkiem jej brak, w niektórych występuje tylko okresowo.

Kolega Rothfeld zastosował w przypadkach wągrzycy odczyn precypitynowy Trawińskiego. Dotychczasowy materiał można podzielić na trzy grupy 1) przypadki pewnej wągrzycy mózgu z dodatnim odczynem precypitynowym: jeden przypadek wągra groniastego, jeden przypadek wągrzycy skóry z napadami padaczkowymi, jeden przypadek padaczki z eozynofilią w płynie mózgowo-rdzeniowym. Tu należą trzy przypadki Wagnera i Cossaka (rentgenologicznie stwierdzone) i jeden przypadek Gradzińskiego (sekcyjny), czyli razem siedm przypadków pewnej wągrzycy z dodatnim odczynem Trawińskiego; 2) przypadki pewnej wągrzycy z ujemnym odczynem precypitynowym (cztery przypadki). Mówca zwraca uwagę na wahania, występujące w przebiegu wągrzycy mózgu, znikanie i narastanie objawów ogólnych i miejscowych, wahania w liczbie ciałek eozynochłonnych we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, jako też w ogniskach zapalnych w sąsiedztwie wągra. Zwiększenie liczby ciałek eozynochłonnych uważa R. za odczyn alergiczny, spowodowany większym wydzielaniem toksyn przez wągry i nie wyklucza, że z tym pozostaje w związku także odczyn precypitynowy. Mówca stwierdził, że próba precypitynowa dodatnia może po pewnym czasie przejść w ujemną; stwierdził dalej, że jeżeli naświetlimy chorego z wągrzycą mózgu promieniami Roentgena, próba precypitynowa wypada ujemnie, choć przed naświetlaniami była dodatnia. Jeżeli naświetlimy samą krew w probówce, to również znika dodatni odczyn precypitynowy.

Trzecią grupę stanowią przypadki z dodatnim odczynem precypitynowym, w których ani klinicznie (4 przypadki), ani sekcyjnie (2 przypadki) nie stwierdzono objawów wągrzycy. Nie mamy dostatecznych podstaw, abyśmy jedynie na podstawie próby precypitynowej rozpoznawali wągrzycę mózgu, nie możemy jednak wykluczyć wągrzycy jedynie na podstawie braku klinicznych objawów. Ostatnią grupę stanowią przypadki padaczki; na 48 przypadków 8 razy wypadła próba precypitynowa dodatnio. W blisko 300 przypadkach różnych schorzeń układu nerwowego wypadł odczyn precypitynowy ujemnie.

Ponadto przemawiali: Kol. Goldschlag, Stein, Stenzel i Pisek. Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXXI posiedzenia naukowego z dnia 10 grudnia 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Węgrzynowski L. zgłosił następujący wniosek nagły: Ponieważ, według wiadomości pism codziennych, Ministerstwo Opieki Społecznej wniosło ostatnio do Sejmu projekt ustawy przeciwgruźliczej, a projekt ten nie był przedmiotem obrad ani izb lekarskich, ani towarzystw lekarskich, przeto wnoszę: Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego zwróci się do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o nadesłanie projektu ustawy przeciwgruźliczej celem zapoznania się z nim Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Wniosek ten przyjęto jednogłośnie.

2. Kol. Jaburekówna E. *przedstawiła przypadek przewlekłego wgłobienia biodrowo-kątniczego, trwającego od 3 miesięcy, powodującego czasową niedrożność jelita.* Wgłobienie rozpoznano fizykalnie, co potwierdzone zostało obrazem rentgenologicznym. Przyczyną wgłobienia (po jego odprowadzeniu) okazał się nowotwór uszypułowany, wychodzący ze ściany jelita biodrowego. Chorego skierowano do zabiegu operacyjnego.

3. Kol. Japa J. *wygłosił wykład pt.: Białaczki sub- i aleukemiczne. Problem aleukemii.* (Rzecz ukaże się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji kol. Jałowy, *w odpowiedzi* referent.

4. Kol. Bross W. *wygłosił wykład pt.: Wrażenia ze szpitali londyńskich* (Wydrukowano w Medycynie Praktycznej. 1938 r.).

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXXII posiedzenia naukowego z dnia 17 grudnia 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Chimiak W. *przedstawił przypadek skrętu jądra zmienionego nowotworowo z równoczesnym wnętrostwem brzusznym dwustronnym.*

Dnia 6 listopada 1937 r. przyjęto do Kliniki Chirurgicznej chorego w wieku lat 38, rolnika, z obustronnym wnętrostwem, u którego przed dwoma miesiącami wystąpiły gwałtowne bóle w podbrzuszu prawym, nudności oraz zatrzymanie stolca i wiatrów po ciężkiej pracy na roli. Ciepłota ciała była wówczas prawidłowa. Wezwany lekarz rozpoznał grypę. W miesiąc później również po ciężkiej pracy w polu ponowiły się te same objawy. Tym razem wezwany lekarz stwierdził u chorego guz w podbrzuszu i skierował do Kliniki. Wywiady bez znaczenia. Badaniem stwierdza się, tuż nad spojeniem łonowym, guz wielkości dużej pięści, spoistości zbitej, twardej, w stosunku do otoczenia nieruchomy, bolesny przy ucisku. Skóra nad nim niezmieniona, słabiej przesuwalna. Wypuk nad guzem stłumiony. Poza tym w worku mosznowym brak obydwu jąder, których nie wyczuwa się również w kanale pachwinowym. Worek mosznowy niewykształcony. Z badań dodatkowych odczyn WR. — ujemny, badanie palcem przez odbytnicę, wziernikowanie odbytnicy i pęcherza oraz badanie radiologiczne kości miednicy żadnych zmian nie wykazało. Również badanie moczu i krwi odchyleń od normy nie wykazało. Odczyn Aschheima-Zondeka, jaki wykonano z moczem chorego (wobec podejrzenia o *seminoma* jądra) wypadł ujemnie. Zabieg operacyjny dnia 22. XI. 1937 r. wykonał prof. dr Ostrowski. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że macalny guz był zmienionym i powiększonym do wielkości dużej pięści jądrem prawym, o zabarwieniu brunatno-sinawym. Poza jądrem znajdowało się przyjądrze wybitnie powiększone, obrzękłe, o zabarwieniu ciemno-sinawym. Szypuła jądra wykazuje skręt o 360°. Wykonano orchidektomię prawostronną. Badanie drobnowidowe skrawka z tego guza wykazało utkanie guza wielkokomórkowego jądra (*seminoma*). Prelegent podkreśla, że przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na dwojakie powikłanie (zmiana nowotworowa i skręt jądra), dotyczące jądra zatrzymanego w jamie brzusznej i podnosi, że w dostępnym mu piśmiennictwie nie spotkał podobnego przypadku. Dalej omawia zebraną z piśmiennictwa statystykę skrętów jądra, ich przyczynę i mechanizm. Wspomina również o cennych pracach Węgłowskiego nad wyświetleniem mechanizmu skrętu jądra. Zastanawiając się zaś nad przyczyną ujemnego wyniku wykonanej przed operacją próby biologicznej Aschheima-Zondeka, która zwykle w przypadkach *seminoma* nie zawodzi, podkreśla prelegent ten fakt, że w przypadku tym oprócz zmiany nowotworowej wystąpił jeszcze skręt jądra; w tych warunkach przedostawanie się hormonów do krwi napotykać może na trudności ze względów mechanicznych, następnie stwierdzone badaniem drobnowidowym zmiany wsteczne rozwijające się pod wpływem skrętu szypuły jądra, jako też widoczne makroskopowo na przekroju w miąższu jądra torbiele, które według Nikoladoniego i Lexera są dowodem dawniejszych wylewów krwawych i zatrzymania się wydzieliny wskutek powtarzających się skrętów, mogły prowadzić do obniżenia lub zupełnego wypadnięcia czynności hormonalnej jądra. Zdaniem referenta, wynika stąd ważny praktyczny wniosek, że próba Aschheima-Zondeka cenna dla rozpoznania *seminoma* zawieść może w przypadkach powikłanych skrętem jądra.

2. Kol. Lenczowski J. *przedstawił 2 przypadki pęknięcia macicy po cięciu cesarskim.*

W dyskusji przemawiał kol. Sołowij.

3. Kol. Sowiński W. *przedstawił przypadek złamania podudzia i ramienia.*

4. Kol. Domaszewicz A. i Erb (gość) *wygłosili odczyt pt.: O możliwościach leczenia kombinowanego insuliną i cardiazolem w przypadkach schizofrenii.* (Wydrukowano w Roczn. Psychiatr.).

W dyskusji kol. Liebhart Stan. i Nowicki Witołd, *w odpowiedzi* kol. Erb.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

XXV Zjazd Lekarzy Francuskich odbędzie się w Marsylii w dniach 26, 27 i 28 września br. Tematami obrad będą: 1) spirochetozy, 2) hipochloremia, 3) obecne leczenie awitaminoz u dorosłych. Wpisy przyjmuje prof. Monges, 15 Cours Pierre-Puget, Marseille.

IV Doroczny Kongres Elektro-radiologów francuskich odbędzie się w Paryżu w czasie od 5—8 października 1938 r. Wszelką korespondencję należy kierować na adres: dr Delherm, 1, rue Las Cases, Paris 7-ème.

Różne

Z kraju

Świadczenia Lwowskiej Ubezpieczalni w maju br. Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie wypłaciła w miesiącu maju br. z funduszów ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa kwotę 52.877.92 zł, z czego przypada na zasiłki: chorobowe 42.025.15 zł, domowe 1.040.96 zł, szpitalne 667.82 zł, połogowe 1.499.24 zł, dla karmiących matek 1.755.10 zł, na koszty pomocy akuszeryjnej 2.647 zł, na zasiłki pogrzebowe 5.889.50 zł. Nadto z funduszów ubezpieczenia na wypadek braku pracy pracowników umysłowych wypłaciła Ubezpieczalnia 414 bezrobotnym pracownikom umysłowym zasiłki z braku pracy w kwocie 26.389.20 zł. Wreszcie z funduszu emerytalnego robotników wypłacono 2.429.72 zł tytułem zapomóg pośmiertnych.

Na obradach Sekcji uzdrowiskowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, której zjazd odbył się w tych dniach w Truskawcu, była żywo i poważnie omawiana przez lekarzy specjalistów sprawa potrzeby budowy szpitali w uzdrowiskach. Jednomyślnie przyjęto wniosek, aby w celu zapewnienia przybywającym do uzdrowiska chorym wszelkiej opieki lekarskiej uzdrowiska większe przystąpiły do budowy na swym terenie szpitali, a mniejsze zaś organizowały lecznice. Do czasu zrealizowania tych postulatów wszystkie uzdrowiska powinny być zaopatrzone w dobre środki transportowe dla chorych. Powzięta uchwała, uzupełniająca wreszcie dotkliwą lukę w lecznictwie uzdrowiskowym, ma dla tego lecznictwa olbrzymie znaczenie, a realizacja jej ponadto na wypadek wojny przyczynić się może do wybitnego zwiększenia środków wojskowej pomocy sanitarnej.

Związek Uzdrowisk Polskich powziął decyzję, że na tegorocznych Targach Wschodnich uzdrowiska krajowe wystąpią liczniej i okazalej, niż w latach ubiegłych. Związek Uzdrowisk dąży, aby przy takich okazjach, jak targi międzynarodowe i inne wielkie imprezy wystawowe eksponować uzdrowiska na większą skalę, niż to się działo dotychczas i w miarę możności zajmować dla ich pokazów specjalne pawilony.

W II Międzynarodowym Kongresie Balneologicznym w Berlinie weźmie udział reprezentacja polska z przewodniczącym doc. dr A. Sabatowskim na czele. Na kongresie wygłoszony będzie przez dra Tadeusza Rymkiewicza z Druskienik referat pt.: „Przygotowanie borowiny", zaś dr St. Sroczyński będzie mówił na temat diety dla reumatyków w uzdrowiskach.

Zawsze aktualne zagadnienie zapewnienia kuracjuszom w uzdrowiskach tak pożądanej ciszy, spokoju i niezakłóconego spoczynku w nocy było przedmiotem obrad na ostatnim posiedzeniu Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich. W sprawie tej wyrażono opinię, że między innymi środkami i prasa nasza, tak żywo i przychylnie interesująca się uzdrowiskami, mogłaby walnie przyczynić się do poprawy istniejącego w tej dziedzinie stanu rzeczy przez uświadamianie publiczności kuracyjnej o potrzebie takiego zachowania się w czasie pobytu w uzdrowisku, aby gwarantowało to ogółowi kuracjuszy niezbędny spokój.

W Truskawcu obradowała Sekcja dla spraw Uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, zjazd której zwołany został przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Obrady pod przewodnictwem dyr. Dep. Służby Zdrowia dra Jana Adamskiego toczyły się w atmosferze serdecznej troski o rozwój lecznictwa zdrojowego. Udział w zjeździe wybitnych przedstawicieli państwowej służby zdrowia, obecność czołowych reprezentantów świata naukowego, pracujących w dziedzinie balneologii, wreszcie udział wszystkich członków Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich nadały Zjazdowi charakter poważny i poziom bardzo wysoki. Treścią właściwych obrad Zjazdu były wygłoszone przez lekarzy zakładowych poszczególnych uzdrowisk referaty, omawiające w sposób wszechstronny zagadnienia różnych dziedzin lecznictwa zdrojowego i wysuwające szereg tez, których uwzględnienie jest naglącą koniecznością, jeśli chodzi o należyty pod względem lecznictwa rozwój naszych uzdrowisk. Na zakończenie obrad, przewodniczący zjazdu Dyr. Dep. Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, dr Jan Adamski podkreślił ważną rolę i znaczenie tego rodzaju, odbywających się przy wspólnym stole, narad przedstawicieli rządu, świata naukowo-lekarskiego i uzdrowisk, mających wybitne znaczenie dla sprawy pożądanego rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego.

Godnym zanotowania jest fakt rozwoju bardzo pożytecznej dla społeczeństwa współpracy propagandy Polskiego Radia z uzdrowiskami. Dnia 28 maja przez mikrofon rozgłośni warszawskiej przemawiał na wszystkie rozgłośnie polskie prezes Związku Uzdrowisk Polskich, Stanisław Karłowski, mówiąc na temat: „Szukajcie zdrowia i wypoczynku w uzdrowiskach krajowych". Dnia 1. czerwca red. Radosław Wojnicz wygłosił przez radio pogadankę pt.: „Państwo w trosce o stan lecznictwa zdrojowego". Było to sprawozdanie z obrad Sekcji dla spraw uzdrowisk Państwowej Nacz. Rady Zdrowia, zjazd której zwołany był przez Min. Opieki Społ. do Truskawca.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od dnia 13. III. — 9. IV. 1938.

Choroby	Tydzień 12 13–19/III	Tydzień 13 20–26/III	Tydzień 14 27/III—2/IV	Tydzień 15 3–9/IV
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	137 *14*	174 *22*	155 *14*	155 *13*
Dury rzekome	—	—	3	2
Dur plamisty	207 *11*	176 *9*	130 *3*	145 *4*
Dur powrotny	4	—	—	—
Czerwonka	2	7	7	14 *1*
Płonica	299 *7*	303 *10*	302 *8*	276 *10*
Błonica	358 *21*	346 *20*	320 *18*	343 *16*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	77 *6*	72 *17*	66 *14*	46 *9*
Odra	1473 *9*	864 *12*	879 *4*	1006 *8*
Krztusiec	220 *3*	132 *7*	99 *6*	189 *6*
Zimnica	1	2	2	6 *1*
Zakażenie połogowe	32 *7*	26 *4*	36 *10*	33 *12*
Choroba Heine-Medina	2 *1*	1	1	2
Nagm. zap. mózgu	—	10	2 *1*	2
Choroba Banga	—	—	—	1
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	629 *286*	679 *251*	616 *262*	667 *290*
Róża	95 *2*	109 *5*	88 *3*	103 *6*
Jaglica	531	540	482	510
Twardziel	—	1	1	11
Wąglik	—	—	—	2 *1*
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	—	1	6	13
Wścieklizna	*1*	*2*	—	*1*

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Chiny

Liga Narodów podaje z wydziału informacyjnego — 27 maja 1938 (*Section d'information Société des Nations*) szczegóły swej działalności w wojnie japońsko-chińskiej. Na skutek przedstawienia przez władze chińskie ciężkiej sytuacji stworzonej przez wojnę, tj. przesiedlania się uciekającej ludności, skupienia wojsk i osób niewojskowych, brak środków żywności, środków leczniczych — Liga Narodów stworzyła trzy oddziały sanitarne pod dowództwem: Dr Moosewa (Szwajcaria), dr R. C. Robertsona (Anglia) i lekarza inspektora Lasnet (Francja), które z pomocą bakteriologów, lekarzy, asystentów i mechaników wytworzyli ogniska współpracy z miejscowymi władzami i ośrodkami sanitarnymi Chin w celu zwalczania groźnych epidemij. Usiłowania te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, jak tego dowodzą sprawozdania przysłane z każdej jednostki organizacyjnej. 1) Utworzono pracownie w celu wytwarzania szczepionek, 2) zaprowadzono wedle możności urządzenia higieniczne, 3) przedsięwzięto masowe szczepienia, 4) odosobniono chorych i zajęto się energicznie leczeniem chorych. Mniej więcej podobnie brzmią sprawozdania i drugiego i trzeciego oddziału. Rząd chiński składa podziękowanie Lidze Narodów i hojnym dawcom, którzy ofiarowali liczne surowice, szczepionki i poważne sumy dla dopomożenia ludności zagrożonej przez klęskę wojny.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.